

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología de los Alimentos



TESIS DOCTORAL

La donación de medicamentos: implicaciones sociales, sanitarias y farmacéuticas en particular

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sonsoles M^a Cuesta Sierra

Directora
María del Carmen Francés Causapé

Madrid, 2014

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica



**LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS:
IMPLICACIONES SOCIALES, SANITARIAS Y
FARMACÉUTICAS EN PARTICULAR.**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

Sonsoles M^a Cuesta Sierra

Bajo la dirección de la Prof. Dra. D^a
María del Carmen Francés Causapé

Madrid, 2014

*A mis padres, mis hermanos, mi bombón y mi marido,
pues gracias a ellos he llegado a ser quien soy.*

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar la finalización de esta Tesis Doctoral a todas aquellas personas que de una manera u otra se han ido cruzando en mi camino a lo largo de este proceso, sin los cuales no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, la Prof. Dra. D^a María Del Carmen Francés Causapé, por aceptarme para realizar la tesis doctoral bajo su dirección, por su apoyo y confianza en mi trabajo y por su capacidad para guiar mis ideas. Gracias por su ayuda incluso en momentos difíciles.

A mis amigas de siempre y a mis compañeras de trabajo por simplemente estar ahí.

Y lo más importante, gracias a mi familia por estar siempre a mi lado y ser el pilar de mi vida. A mi madre, por ayudarme a seguir y no dejar nunca que me rinda; a mi padre, por transmitirme su tranquilidad y por entenderme como lo hace; a mis hermanos, porque no se que haría sin ellos; a mi bombón, que se ha convertido en la alegría de la casa, y a mi marido, por su infinita paciencia, por quererme tanto y porque sin su apoyo esto no habría sido posible.

Sumario

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	III
I.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	IV
I.2 OBJETIVOS	VII
I.3 METODOLOGÍA	VIII
<i>I.3.1 MÉTODOS</i>	<i>VIII</i>
<i>I.3.2 FUENTES</i>	<i>IX</i>
I.4 ABREVIATURAS	X
 SEGUNDA PARTE: LAS ACCIONES HUMANITARIAS EN LA INTERVENCIÓN SANITARIA	 1
CAPÍTULO II: LA ACCIÓN HUMANITARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO	3
II.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ACCIÓN HUMANITARIA	17
II.2 CONCEPTO DE INTERVENCIÓN HUMANITARIA	22
<i>II.2.1 MARCO PARA LA INTERVENCIÓN SANITARIA</i>	<i>27</i>
II.3 LAS NACIONES UNIDAS, REFERENTE MUNDIAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA ASISTENCIA HUMANITARIA	34
<i>II.3.1 ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS</i>	<i>41</i>
<i>II.3.2 COOPERACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA</i>	<i>45</i>
<i>II.3.3 DERECHOS HUMANOS Y RELACIONES INTERNACIONALES</i>	<i>47</i>
 TERCERA PARTE: ESENCIALES PARA LA VIDA	 51
CAPÍTULO III: LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA UNA DONACIÓN HUMANITARIA	53
 CAPÍTULO IV: MEDICAMENTOS ESENCIALES	 59
IV.1 PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS	80
<i>IV.1.1 LOS COMITÉS DE SELECCIÓN</i>	<i>87</i>
IV.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	89
IV.3 IMPORTANCIA DE LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES	93

CUARTA PARTE: LAS DONACIONES HUMANITARIAS	96
CAPÍTULO V: LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA DONACIÓN HUMANITARIA	98
V.1 RECOMENDACIONES PARA UNA CORRECTA DONACIÓN HUMANITARIA	102
V.1.1 RECOMENDACIONES PARA LOS PAÍSES DONANTES	104
V.1.2 RECOMENDACIONES PARA LAS AUTORIDADES DE LOS PAÍSES RECEPTORES	107
V.1.3 RECOMENDACIONES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	109
V.1.4 RECOMENDACIONES PARA LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES	110
CAPÍTULO VI: MARCOS DE INTERVENCIÓN Y DIRECTRICES EN MATERIA DE DONACIÓN HUMANITARIA	112
VI.1 A NIVEL INTERNACIONAL	112
VI.1.1 MARCO NORMATIVO	113
VI.1.2 MARCO INSTITUCIONAL	125
VI.1.3 DIRECTRICES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	130
VI.1.4 POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN DE LOS DISTINTOS PAÍSES EN LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS	139
VI.1.5 DIRECTRICES DE SEGURIDAD PARA LA ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS NO DESEADOS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	143
VI.2 LA UNIÓN EUROPEA Y LA AYUDA HUMANITARIA	151
VI.2.1 REINO DE ESPAÑA	160
VI.2.1.1 MARCO NORMATIVO ESTATAL	160
VI.2.1.2 MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO	168
VI.2.1.3 MARCO INSTITUCIONAL	203
VI.2.1.4 MARCO DE INTERVENCIÓN	209
VI.2.1.5 MARCO INSTRUMENTAL	213
VI.2.1.6 INSTRUCCIONES DEL REINO DE ESPAÑA	216
CAPÍTULO VII: SOLIDARIDAD Y ASISTENCIA TERAPÉUTICA	220
VII.1 LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	254
VII.2 LA DONACIÓN EN CONFLICTOS BÉLICOS	257
VII.3 LA DONACIÓN EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE	267
VII.4 OTRAS FORMAS DE AYUDA Y DONACIÓN	276
VII.5 COLABORACIÓN FARMACÉUTICA	284

QUINTA PARTE: RESULTADOS Y CONCLUSIONES 285

CAPÍTULO VIII: RESULTADOS 287

VIII.1 EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DIRECTORES CUATRIENALES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	287
<i>VIII.1.1 PRIORIDADES HORIZONTALES</i>	287
<i>VIII.1.2 PRIORIDADES SECTORIALES</i>	289
VIII.2 PRIORIDADES GEOGRÁFICAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DIRECTORES CUATRIENALES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	291
<i>VIII.2.1 PLAN DIRECTOR 2001-2004</i>	291
<i>VIII.2.2 PLAN DIRECTOR 2005-2008</i>	293
<i>VIII.2.3 PLAN DIRECTOR 2009-2012</i>	296
<i>VIII.2.4 PLAN DIRECTOR 2013-2016</i>	299
VIII.3 EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN DE LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO ESPAÑOLA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	301
VIII.4 ACCIONES SOCIALES, SANITARIAS Y DE MEDICAMENTOS EN PARTICULAR	302

CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES 308

SEXTA PARTE: BIBLIOGRAFÍA 310

CAPÍTULO X: FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA 312

X.1 FUENTES	312
<i>X.1.1 FUENTES DOCUMENTALES</i>	312
<i>X.1.2 FUENTES LEGALES</i>	319
<i>X.1.2.1 NORMATIVA INTERNACIONAL</i>	319
<i>X.1.2.2 NORMATIVA EUROPEA</i>	319
<i>X.1.2.3 NORMATIVA NACIONAL</i>	320
<i>X.1.2.4 NORMATIVA AUTONÓMICA</i>	321
X.2 BIBLIOGRAFÍA	328
<i>X.2.1 BIBLIOGRAFÍA ON-LINE</i>	329
<i>X.2.2 PÁGINAS WEB</i>	330

SÉPTIMA PARTE: ANEXOS	333
ANEXO I ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS	335
ANEXO II LISTA MODELO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	339
ANEXO III CERTIFICADO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL ENVÍO	387
ANEXO IV SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE EXPORTACIÓN EN CONCEPTO DE DONACIONES HUMANITARIAS	391
ANEXO V LOS DERECHOS HUMANOS	395
ANEXO VI COMPOSICIÓN DEL NUEVO BOTIQUÍN DE URGENCIA 98	405
SUMMARY IN ENGLISH / RESUMEN EN INGLÉS	418

PRIMERA PARTE:
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Era el año 1998, cuando se promulgó en España la Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Atraída por este motivo social decidí realizar en el curso 2010-2011 el Trabajo de Fin de Máster sobre el tema “Donación de Medicamentos”. A continuación, me decidí a seguir una investigación por la misma línea para desarrollar el trabajo de Tesis Doctoral y poder comprobar su alcance y desarrollo a nivel Internacional, a nivel del Reino de España como Estado Miembro de la Unión Europea y a nivel de las distintas Comunidades Autónomas Españolas.

La mayoría de lo que hoy conocemos como salud internacional no tiene más de 60 años y lo único que sabemos con respecto a los próximos 60 años, es que se producirán cambios incluso más trascendentales que los acaecidos hasta el día de hoy, que nuestros conocimientos científicos y nuestras modalidades de interacción en el ámbito internacional experimentarán cambios en este campo que superarán todo lo imaginable.

Actualmente las actividades internacionales de desarrollo se están centrando, entre otros puntos, en subsanar la carencia de resultados obtenidos a largo plazo en países cuyo entorno normativo e institucional adolece de precariedad crónica.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones unidas para la Infancia (UNICEF) y diversos organismos bilaterales concentraron al inicio sus esfuerzos en el fortalecimiento de sectores públicos endebles, ignorando las cuestiones relacionadas con la colaboración entre entidades públicas y privadas y la necesidad de mejorar la calidad de los servicios que la población pobre adquiriría de proveedores privados.

La equidad en materia de atención sanitaria es de fundamental importancia para la salud así como el desarrollo y la justicia social. Y aunque se han sucedido avances apreciables en el análisis de las diferencias existentes entre los países y dentro de cada país en lo referente a situación sanitaria, aún es preciso establecer cómo debemos actuar ante este tipo de disparidades y cuáles son las políticas o medidas que permitirían subsanarlas.

Durante muchos años las condiciones concretas del mercado crearon un enorme incentivo para que el sector privado invirtiera en actividades de investigación y desarrollo que produjeran medios diagnósticos, medicamentos y vacunas para personas y países ricos, dejando de lado las necesidades de desarrollo de las poblaciones pobres, pero gracias a nuevas asociaciones entre las que se encuentran distintas entidades públicas y privadas se ha comenzado a corregir este fallo del mercado, permitiendo el desarrollo de sistemas de salud y desarrollo sostenibles para poblaciones necesitadas.

I.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La pobreza, ya sea generada a raíz de una emergencia, guerra, catástrofe o del cruel desarrollo de un país, es una realidad lamentable, cuya presencia avergüenza a los que la observan y humilla a quienes la sufren. Desde antiguo es sabido que la pobreza determina fuertemente la condición de salud de las personas y la pobreza es la gran preocupación de los gobiernos.

La inmensa mayoría de las organizaciones e instituciones mundiales proponen como tarea erradicar la pobreza como un elemento central de la justicia y el desarrollo de la humanidad y una de las estrategias en desarrollo es la de dotar de medicamentos adecuados para combatir las enfermedades más dramáticas asociadas a la pobreza. Para ello están en continuo desarrollo iniciativas intergubernamentales y filantrópicas, entre las que se encuentran la donación de medicamentos y la cooperación al desarrollo.

La gran cantidad de donaciones que llega a un país devastado por un desastre abruma a las autoridades y causa problemas administrativos y logísticos, pues la mayor parte de ellas no han sido solicitadas ni son apropiadas para las necesidades del país. Este problema se suma, además, a los directamente provocados por la emergencia.

Las razones que explican estos problemas son variadas y los escenarios donde ocurren también lo son, pero aún así es posible identificar algunas causas generales:

- Siguen perdurando mitos tales como: "toda la ayuda recibida es buena, sea la que sea" o "es mejor que sobre a que falte", cuando lo real es que no toda la ayuda recibida es buena y los donativos sin ninguna orientación pueden generar caos.
- No siempre se respetan los mecanismos de recepción y gestión de donaciones existentes en los países receptores de la ayuda, o se desconocen los canales o procedimientos técnicos y administrativos de los que muchos países disponen.
- En el lado de los países receptores de la ayuda, la evaluación de daños y análisis de necesidades así como la solicitud de la asistencia externa deben ser procesos que contribuyan a mejorar la toma de decisiones y la práctica en donaciones. Por ello, es necesario contar con mecanismos claros que sean útiles para orientar adecuadamente las ofertas de ayuda hacia las necesidades de los afectados.
- Muchas veces las autoridades no planifican bien las solicitudes que harán ante los medios y donantes, guiándose por el sentido común o las carencias que pueden ver a su alrededor.

- Los medios de comunicación, nacionales o internacionales, tienen hoy en día gran influencia para provocar o legitimizar operaciones humanitarias. Sin embargo, con frecuencia alientan donaciones espontáneas e indiscriminadas sin un conocimiento real y sustentado en las evaluaciones sobre las necesidades en momentos en que el altruismo es muy alto y las poblaciones donantes están muy abiertas a la colaboración y a la solidaridad.
- Las agencias y los gobiernos donantes sienten la presión de los medios de comunicación y de la opinión pública para mandar ayuda cuanto antes, a veces sin esperar a planificar y negociar esas donaciones en función de las necesidades reales.

Debido a esto y ante la situación de que las administraciones nacionales que hacen frente a la emergencia se desbordan por el trabajo que supone la gestión de tan gran volumen, se establecieron en los años 80 las primeras directrices sobre donativos de medicamentos por iniciativa de distintas organizaciones humanitarias internacionales.

Durante varios años coexistieron diferentes directrices sobre donativos de medicamentos, hasta que se consideró necesario disponer de una normativa completa que pudieran aplicar y utilizar las principales instituciones internacionales dedicadas a actividades de socorro de emergencia.

La primera edición de las directrices sobre Donación de Medicamentos se publicó en Mayo de 1996^I y representó un consenso entre un gran número de organizaciones de carácter público y privado. Posteriormente, en el año 1999^{II} y tras la experiencia acumulada durante el primer año y el examen realizado por el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS se introdujeron ciertas modificaciones dando como resultado el texto de las directrices sobre

^I Organización Mundial de la Salud (1996). *Directrices sobre Donativos de Medicamentos*. Ginebra. OMS (WHO/DAP/96.2)

^{II} Organización Mundial de la Salud (1999). *Directrices sobre Donativos de Medicamentos. Revisión 1999*. Ginebra. OMS (WHO/EDM/PAR/99.4)

Donación de Medicamentos vigente hoy en día. Existe una tercera revisión publicada en 2011^{III} pero que no supuso ningún cambio en las directrices de 1999.

I.2 OBJETIVOS

Por todos es conocida la preocupación internacional por la Cooperación al Desarrollo y la concienciación social que existe cuando sucede un desastre natural o emergencia que provoca la pérdida de vidas humanas y el sufrimiento de nuestros semejantes.

A pesar de la lejanía de los países en la que muchas veces suceden este tipo de catástrofes la comunidad internacional se pone en marcha de manera casi inmediata para enviar ayuda y asistencia humanitaria que sofoque los primeros gritos de la emergencia. Pero esto es solo el principio de la actividad internacional, cuando los medios de comunicación han dejado de hablar del suceso es cuando las organizaciones e instituciones realizan el trabajo más duro, la ayuda al desarrollo.

Nuestro estudio ha comprendido las acciones humanitarias emprendidas desde el siglo pasado hasta el 31 de Mayo de 2014, momento de cierre de nuestra investigación, así como sus implicaciones sociales, sanitarias y farmacéuticas en particular.

Los objetivos de nuestro estudio se han dirigido, en primer lugar a exponer la situación de la acción humanitaria desde un punto de vista sanitario. En segundo lugar, a la realización de un análisis de los marcos de intervención y directrices promulgadas tanto a nivel internacional como nacional, haciendo un análisis más específico por Comunidades Autónomas. En tercer lugar, al estudio de la incidencia social que este tema provoca en la comunidad internacional.

El trabajo de investigación se ha realizado en los siguientes centros:

- Biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad.

^{III} Organización Mundial de la Salud (2011). *Guidelines for Medicines Donations*. Ginebra. OMS.

- Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca del Departamento de la Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Sede de Madrid.
- Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

I.3 METODOLOGÍA

I.3.1 MÉTODOS

La tesis ha sido estructurada en diez capítulos, el primero, dedicado a introducción comprende los antecedentes históricos y la situación actual, los objetivos y la metodología seguidos para el desarrollo de la presente tesis. En el segundo se tratan los principios básicos de la acción humanitaria, el concepto básico de intervención humanitaria y el papel de las Naciones Unidas como referente mundial de los Derechos Humanos y la asistencia humanitaria. En el capítulo tercero se explican las buenas prácticas para llevar a cabo una donación humanitaria. El capítulo cuarto comprende los medicamentos esenciales, su importancia y su proceso de selección. El quinto comprende la importancia de una correcta donación humanitaria y las recomendaciones para llevarla a cabo. El sexto se dedica a los marcos de intervención y directrices llevados a cabo a nivel internacional, europeo y del reino de España en materia de donación humanitaria. En el capítulo séptimo se aborda el aspecto social de la donación, la solidaridad y la asistencia terapéutica y en el octavo y noveno los resultados y las conclusiones. Finalmente, el capítulo décimo contiene las fuentes y bibliografía consultada que han sido imprescindibles para el desarrollo de la presente tesis. Además, a continuación se adjuntan los anexos que amplían parte de la información expuesta.

1.3.2 FUENTES

Durante el proceso de investigación, se ha examinado toda la legislación disponible en materia de ayuda y asistencia humanitaria y cooperación al desarrollo.

La información y legislación Europea disponible se consultó a través del Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE)^{IV} y de documentos del Consejo de Europa. La información *on-line* fue obtenida a través de la base de datos de la Unión Europea EUR-LEX.

Así mismo, para la búsqueda de la legislación española se acudió a la Base de datos del Boletín Oficial del Estado (B.O.E.), que permite búsquedas sobre textos publicados en dicho Boletín Oficial, en conjunto con la base de datos IBER-LEX que recoge disposiciones de carácter general de ámbito estatal, autonómico y europeo desde 1960.

Para la búsqueda de legislación específica autonómica se recurrió a la información que aparece en sus respectivos diarios y boletines oficiales:

- Boletín Oficial de Aragón.
- Boletín Oficial de Canarias.
- Boletín Oficial de Cantabria.
- Boletín Oficial de Castilla y León.
- Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Ceuta.
- Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Melilla.
- Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Boletín Oficial de La Rioja.
- Boletín Oficial de las Islas Baleares.
- Boletín Oficial de Navarra.

^{IV} Desde el 01 de febrero de 2002, el Diario Oficial de la Comunidad Europea llamado DOCE, comienza a denominarse Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) debido al Tratado de Niza. DOCE C 80, 10-03-2001, pág. 26.

- Boletín Oficial del País Vasco.
- Boletín Oficial del Principado de Asturias.
- Diario Oficial de Castilla La Mancha.
- Diario Oficial de Extremadura.
- Diario Oficial de Galicia.
- Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.
- Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña.

Los organismos, instituciones y organizaciones consultadas a través de sus páginas web han sido:

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Amnistía Internacional.
- Comité Internacional de la Cruz Roja.
- Farmacéuticos en Acción.
- Farmacéuticos Mundi.
- Farmacéuticos Sin Fronteras.
- Federación Internacional Farmacéutica.
- Human Rights Action Center.
- Human Rights Watch.
- Human Rights Without Frontiers.
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
- ONG Banco Farmacéutico.
- Organización de las Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud.
- Unión Europea.

I.4 ABREVIATURAS

%	Porcentaje.
°C	Grado Centígrado.

ACCD	Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo.
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional.
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
AEXCID	Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
ANURR	Administración de las Naciones Unidas para Recuperación y Reconstrucción.
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo.
ATA	Admisión Temporal de Mercancías.
B.O.A.	Boletín Oficial de Aragón.
B.O.C.	Boletín Oficial de Canarias / Cantabria.
B.O.C.M.	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.
B.O.C.Y.L.	Boletín Oficial de Castilla y León.
B.O.E.	Boletín Oficial del Estado.
B.O.I.B.	Boletín Oficial de las Islas Baleares.
B.O.J.A.	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
B.O.L.R.	Boletín Oficial de La Rioja.
B.O.N.	Boletín Oficial de Navarra.
B.O.P.A.	Boletín Oficial del Principado de Asturias.
B.O.P.V.	Boletín Oficial del País Vasco.
B.O.R.M.	Boletín Oficial de la Región de Murcia.
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo.
CARE	Comprehensive Assessment Reporting Evaluation.
CCAA	Comunidades Autónomas.
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.
CERF	Fondo Central de Respuesta a las Emergencias de las Naciones Unidas.
CHAP	Planes de Acción Humanitaria Común.

CICODE	Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo.
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja.
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional.
CINU	Centro de Información de las Naciones Unidas.
CMC	Comisión Médico Cristiana.
CMP	Contrato Marco de Paternariado.
CONGDE	Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Cooperación para el Desarrollo.
CSNU	Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas
D.C.	District of Columbia.
D.O.C.M.	Diario Oficial de Castilla la Mancha.
D.O.C.V.	Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.
D.O.E.	Diario Oficial de Extremadura.
D.O.G.	Diario Oficial de Galicia.
D.O.G.C.	Diario Oficial de Generalitat de Cataluña.
D.O.G.V.	Diario Oficial de la Generalitat Valenciana.
DAH	Departamento para Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas.
DCI	Denominación Común Internacional.
DIH	Derecho Internacional Humanitario.
DOCE	Diario Oficial de la Comunidad Europea.
DOUE	Diario Oficial de la Unión Europea.
DPKO	Departamento de Operaciones de Paz de la Organización de las Naciones Unidas.
EADRCC	Euro Atlantic Disaster Response Coordination Centre.
EAPC	Euro-Atlantic Partnership Council.
ECHO	Departamento para Asuntos Humanitarios de la Comisión Europea.
EDAN	Evaluación de daños y análisis de necesidades.
EE.UU.	Estados Unidos.
EELL	Entidades Locales.
EF	Estados Frágiles.
Ej.	Ejemplo.
FIP	Federación Internacional Farmacéutica.

FMI	Fondo Monetario Internacional.
FSF	Farmacéuticos Sin Fronteras.
FSFE	Farmacéuticos Sin Fronteras España.
GDF	Servicio Financiero Mundial para la Adquisición de Medicamentos.
GHD	Good Humanitarian Donorship.
<i>H.</i>	<i>Haemophilus.</i>
IASC	Inter-Agency Standing Committee.
ICI	Instituto de Cooperación Iberoamericana.
IDH	Índice de Desarrollo Humano.
INSTRAW	Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer.
IS	Infancia Sin Fronteras.
ITDG	Intermediate Technology Development Group.
Kg	Kilogramo.
LABOFAR	Aplicación informática del Departamento de Inspección y Control de Medicamentos.
<i>Loc. cit.</i>	<i>Loco citato</i> (en el lugar citado).
LON	Sociedad de Naciones.
LSS/SUMA	Logistics support System/Sistema de manejo integral de suministros sanitarios.
mg	miligramos.
ml	mililitros.
MLRAS	Media Luna Roja árabe siria.
MSF	Médicos Sin Fronteras.
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population.
NaDCC	Dicloroisocianato de sodio.
NBU98	Nuevo Botiquín de Urgencia 98.
nº	Número.
OACDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
OCAH	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.

OECD	Organization for Economic Cooperation and Development.
OIR	Organización Internacional para Refugiados.
OMM	Organización Meteorológica Mundial.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONGD	Organización No Gubernamental para el Desarrollo.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
<i>Opus. cit.</i>	<i>Opere citato</i> (en la obra citada).
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte.
OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief.
PA	Países de Asociación.
PAF	Prácticas Adecuadas de Fabricación.
pág.	Página.
PAME	Programa de Acción en Medicamentos Esenciales.
PESC	Política Exterior y de Seguridad Común.
PESD	Política Europea de Seguridad y Defensa.
PIB	Producto Interior Bruto.
PMA	Programa Mundial de Alimentos.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.
PRB	Países de Renta Baja.
PRMB	Países de Renta Media Baja.
PROMESS	Programa de Medicamentos Esenciales de la República de Haití.
PVL	Precio de Venta al Laboratorio.
RD	República Democrática.
RMDC	Recursos Militares y Defensa Civil.
RSC	Responsabilidad Social Corporativa.
<i>S.</i>	<i>Staphylococcus</i> .
SARE	Salvamento de Ayuda y Rescate España.
SEAE	Servicio Europeo de Acción Exterior.

SECIPI	Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SPI	Servicios de Inspección Farmacéutica.
TUE	Tratado de la Unión Europea.
UCE	Unidades de Cooperación Exterior.
UE	Unión Europea.
UEO	Unión Europea Occidental.
UIT	Unión Internacional para las Telecomunicaciones.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.
vers.	Versión.
Vid.	Vide (Véase).
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
WHA	World Health Assembly.
WHO	World Health Organization.

SEGUNDA PARTE:
LAS ACCIONES HUMANITARIAS EN
LA INTERVENCIÓN SANITARIA

CAPÍTULO II LA ACCIÓN HUMANITARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO

La acción humanitaria, considerada como el deseo de prestar asistencia al prójimo, es tan antigua como la misma humanidad.

Los antecedentes de la idea contemporánea de la acción humanitaria se pueden encontrar en las diferentes culturas y religiones, habiéndose plasmado a lo largo de la historia en concepciones como la beneficencia, la caridad o la filantropía¹.

Dar ayuda personal a otros es un comportamiento individual con el que ha lidiado la humanidad desde el comienzo. Estos actos individuales se inscriben a menudo en textos sacros o en prácticas religiosas como la del “zakat”² en Islam o el concepto cristiano de “caridad”³.

La acción humanitaria puede distinguirse de tales actos en que procura sistematizar la organización y movilización de varios recursos humanos y logísticos para prestar asistencia a uno o más grupos específicos de población. En este sentido, cada civilización tiene grupos que se han dedicado en menor escala a actos de compasión y alivio del sufrimiento de otros. Esta extensión del principio de asistencia individual también ha sido desarrollada para constituirse en la base de la creación de grupos organizados, constituyendo por ello la razón de su existencia, a menudo debido a una determinada creencia religiosa.

¹ Vid. PÉREZ DE ARMIÑO, K. (2000) *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Barcelona, Icaria y Hegoa.

² Caridad. Se trata de uno de los Cinco Pilares de la Práctica Islámica, lo realiza todo musulmán económicamente estable.

³ Prestación de ayuda al prójimo.

En España, el nacimiento de este tipo de organizaciones pudo observarse gracias a la formación de órdenes religiosas y militares durante la movilización de personas en los siglos XI a XIV y las primeras Cruzadas Cristianas. En este periodo tuvo lugar la aparición en la Cristiandad Occidental de grupos como los Templarios, los caballeros del Santo Sepulcro y las órdenes de Iberia, incluyendo Alcántara, Montesa, Avis, San Jacques de Compostela y Calatrava. Una vez que las Cruzadas llegaron a su fin, estas órdenes permanecieron en los territorios conquistados a los Moros y siguieron perdurando por varios siglos en los establecimientos dedicados al cuidado hospitalario de los enfermos. Hoy, más de 900 años después del fin de las Cruzadas, órdenes como el Ejército Soberano y Orden Hospitalaria de Saint Jean de Jerusalén, Rodas y Malta, mejor conocida como los Caballeros de Malta, continúan con sus establecimientos hospitalarios y otras actividades humanitarias en todo el mundo⁴.

Manteniéndose con este espíritu altruista, en el Occidente en general y por la Iglesia en particular, se construyeron establecimientos para recibir a los pobres, indigentes y peregrinos y proporcionarles atención médica y asistencia pública.

Eventualmente, los primeros precursores a las intervenciones humanitarias modernas podían ser vistos en diferentes continentes. En 1793, los aristócratas franceses que estaban siendo perseguidos desde Santo Domingo, el actual Haití, por una revuelta de esclavos fueron llevados en un verdadero “bote humano” a la vecina Florida. Al entregarles ayuda mediante un voto del Congreso, los Estados Unidos de América iniciaron su primer programa de asistencia humanitaria.

Esta asistencia humanitaria se continuó al lanzar una amplia operación de rescate de emergencia para aquellos afectados por el terrible terremoto de 1812 en Caracas, donde los Estados Unidos organizaron las primeras demostraciones de solidaridad hacia un gobierno para ayudar a los miembros de poblaciones cuyas vidas se encontraban en peligro.

⁴ La conducción de operaciones de ayuda humanitaria: principios para la intervención y administración. <http://www.peaceopstraining.org>. Disponible en vers. html, 16-11-2011.

En Europa, en el siglo XIX, el movimiento de colonización sostenido principalmente por los esfuerzos de Francia y Gran Bretaña, condujo a una nueva misión, casi apostólica, entre los humanitarios de la época; es decir, los misioneros religiosos y administradores coloniales; y los servicios médicos y sociales que habían creado. La acción humanitaria del periodo colonial fue gobernada por una idea que enfatizaba la misión de civilización mientras disimulaba los intereses políticos y económicos de los poderes colonizadores.

Más pragmáticas y justas eran las áreas de la medicina en el campo de batalla y atención médica del ejército, lo cual también constituyó una rama especializada y emergente de la acción humanitaria.

Uno de los hitos en la aparición de la idea moderna de acción humanitaria se produjo en 1859, a raíz de la Batalla de Solferino, librada entre el ejército franco-sardo y el austriaco⁵. El empresario Jean Henri Dunant (Ginebra (Suiza) 1828 – 1910)⁶, presente en la zona y conmovido por el alto número de bajas y el desbordamiento de los equipos sanitarios, decidió luchar con objeto de tratar que las fuerzas armadas de los diferentes estados establecieran un espacio neutral de intervención, espacio que facilitara a los heridos recibir, con completa imparcialidad; ayuda y tratamiento médico, es decir, que cada país constituyera una sociedad voluntaria de socorro y que los Estados ratificaran “un principio internacional convencional” garantizando la protección a los hospitales militares y al personal sanitario. La idea de Dunant, expresada en su famoso libro “Recuerdo de Solferino”, publicado en francés bajo el título “Un Souvenir de Solferino”, editado en Ginebra en 1862 en la imprenta de Jules-Guillaume Fick; cuya primera edición no se vendía y que posteriormente gozó de muchas ediciones en diferentes lenguas, dio nacimiento a los principios que serían la guía para que se iniciara el movimiento internacional de la Cruz Roja, es decir, la prestación de una asistencia imparcial, neutral e independiente a los enfermos militares. En 2012 se han

⁵ *Vid. Opus. cit.* en nota (1).

⁶ Jean Henri Dunant. Su labor a favor de la causa humanitaria fue reconocida internacionalmente con el primer Premio Nobel de la Paz en 1901.

cumplido 150 años de su publicación, lo que se ha celebrado con varios actos en su conmemoración por la Société Henry Dunant los días 2 y 3 de Noviembre.



Figura 1. Jean Henri Dunant. Premio Nobel de la Paz en 1901.

La movilización política y civil que siguió a la publicación del libro de Dunant, así como los esfuerzos realizados para la creación del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en 1863, dieron lugar a una campaña pública en apoyo de los principios de la Cruz Roja, que llevaron poco después hacia la primera Convención de Ginebra en 1864⁷ para “La Mejora de los Heridos en Tiempos de Guerra”⁸. En base a estos principios de neutralidad, humanidad e imparcialidad, del CICR nació el Movimiento Internacional de la Cruz Roja, cuyo emblema es la bandera suiza con los colores invertidos, que rápidamente se diseminó entre las primeras veinte naciones firmantes, convirtiéndose en la primera organización humanitaria

⁷ Conjunto de propuestas humanitarias formadas por una serie de tratados internacionales firmados en Ginebra, Suiza, entre los años 1864 y 1949.

⁸ BOISSIER, P. (1963) *Histoire du Comité International de la Croix-Rouge*. París, Plon.

permanente en el mundo moderno que, equipada con estándares profesionales de intervención, se basaba en la participación voluntaria⁹.

Conforme se desarrollaba la organización de la Cruz Roja, su meta fue la de poseer la capacidad técnica para movilizar recursos humanos y logísticos a fin de asistir a las víctimas ocurridas en los conflictos armados y, por extensión, a las víctimas de desastres naturales y otro tipo de calamidades.

Las guerras de los Balcanes y de Asia al final del siglo XIX confirmaron la universalidad del movimiento de la Cruz Roja, cuya capacidad de intervención en ese entonces ya era ampliamente reconocida. Sus esfuerzos durante la Primera Guerra Mundial dirigidos a: las visitas a campos de prisioneros, la creación de una Agencia Internacional para prisioneros de Guerra, la repatriación de 700.000 hombres; sumado a la asistencia proporcionada a poblaciones civiles afectadas por el conflicto; le permitieron al movimiento humanitario ganar su primer Premio Nobel en 1917¹⁰. El final de la Primera Guerra Mundial vio la división del movimiento en dos partes distintas: el CICR, que maneja las operaciones del movimiento en tiempo de guerra¹¹; y la Liga de las Sociedades de Cruz Roja, ahora llamada Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que se ocupan de operaciones en tiempos de paz¹².

La Primera Guerra Mundial cerró un episodio muy rico en el desarrollo de la causa humanitaria en todo el mundo. Entre sus principales logros se encuentran los siguientes¹³:

⁹ Vid. BORY, F. (1982) *Génesis y Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario*. Ginebra, Comité Internacional de la Cruz roja, Departamento de Información.

¹⁰ La Cruz Roja Internacional. <http://sobrehistoria.com>. Disponible en vers. html, 21-11-2011.

¹¹ Cruz Roja (1979) *Principios fundamentales del Comité Internacional de la Cruz Roja*. Madrid, Cruz Roja Española.

¹² Vid. CLEMENTE, J. C. (1995) *Historia de un compromiso: La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. Madrid, Cruz Roja Española.

¹³ Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

- Confirmación de las primeras convenciones nacionales para la protección de prisioneros heridos y poblaciones civiles en tiempo de guerra; la prohibición de algunos tipos de armas y el nacimiento del Derecho Internacional Humanitario (DIH)¹⁴.
- El desarrollo de métodos técnicos de asistencia y apoyo logístico masivo para proteger y atraer ayuda a estos grupos en tiempos de guerra.
- La creación de nuevas herramientas de investigación y métodos de trabajo cuyos conceptos están hoy en día aún en uso, como una agencia de investigación para ubicar a prisioneros, procedimientos establecidos para visitas a las cárceles, desarrollo de técnicas quirúrgicas en movimiento en tiempos de guerra, lanzamiento de campañas de salud pública o programas de prevención.
- La universalización de un movimiento humanitario con la misión de permanecer neutral, imparcial e independiente de las autoridades políticas y militares establecidas.

Tras la Primera Guerra Mundial, los gobiernos occidentales nunca dejaron de prepararse para la siguiente guerra, mientras las Sociedades Internacionales de la Cruz Roja continuaron la mejora de su capacidad de intervención.

El inicio de la era post-guerra en la década de 1920, seguida de asuntos que rodeaban la rehabilitación y ayuda a poblaciones devastadas por la Segunda Guerra Mundial, marcó la aparición de tres fenómenos importantes para el futuro desarrollo de interventores humanitarios contemporáneos¹⁵:

¹⁴ Conjunto de normas internacionales de origen convencional y consuetudinario, específicamente destinado a ser aplicado en los conflictos armados, internacionales o no, que limita, por razones humanitarias, el derecho de las partes en conflicto a elegir libremente los métodos y medios de hacer la guerra y que protege a las personas y los bienes afectados o que puedan resultar afectados por ella.

¹⁵ *Loc. cit.* en nota (4).

1. El primer fenómeno implicó la aparición de la primera agencia gubernamental para el trabajo humanitario, la Organización NANSÉN, creada por el diplomático noruego Fridtjof Wedel-Jarlsberg Nansen (Oslo (Noruega) 1861 – 1930)¹⁶, que fue precursora del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), creado 30 años más tarde. La Organización NANSÉN fue una manifestación de la Organización Sociedad de Naciones (LON) y la primera agencia dedicada al cuidado de refugiados, anticipándose a la constitución del Comité Internacional para Refugiados, creado por Franklin Delano Roosevelt (Hyde Park (Nueva York) 1882 – 1945)¹⁷, Presidente de los Estados Unidos; teniendo en cuenta que este país rechazó unirse a la Liga de Naciones.

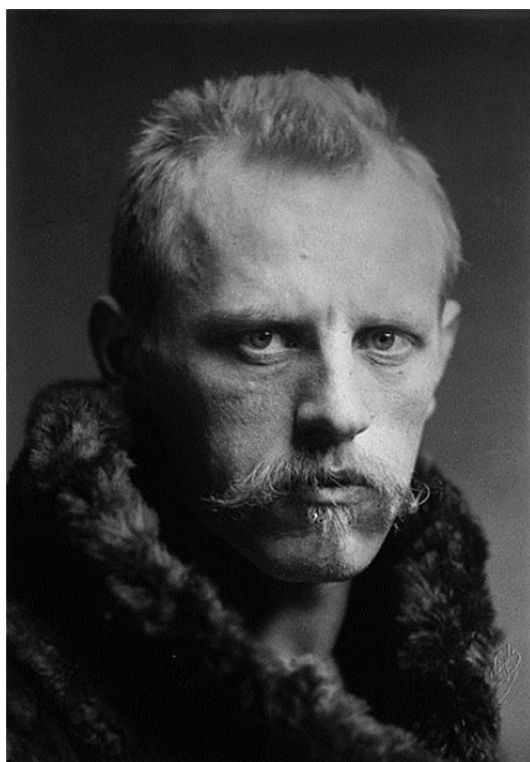


Figura 2. Fridtjof Wedel-Jarlsberg Nansen. Premio Nobel de la Paz en 1922.

La organización Nansen también formó la base para que se constituyera la Administración de las Naciones Unidas para la Recuperación y Reconstrucción

¹⁶ Fridtjof Wedel-Jarlsberg Nansen. Por su labor como Alto Comisionado de la Sociedad de Naciones, Nansen recibió el Premio Nobel de la Paz en 1922.

¹⁷ Franklin Delano Roosevelt. Presidente número 32 de los Estados Unidos.

(ANURR), establecida al final de la guerra y finalmente socavada por el inicio de la Guerra Fría.

A esta le siguió la formación de la Organización Internacional para Refugiados (OIR), constituida en 1946, que era la ejecutora inmediata de ACNUR. Con un mandato de solamente tres años, ACNUR ha continuado siempre adaptando textos, recursos y métodos para afrontar los nuevos retos de manejar cerca de 50 millones de refugiados y personas relocalizadas en el mundo.



Figura 3. Franklin Delano Roosevelt. Presidente número 32 de los Estados Unidos.

2. El segundo fenómeno concierne a la aparición de las primeras grandes agencias no gubernamentales para trabajo internacional. “Save the Children” fue creada en respuesta a la hambruna en Ucrania durante la década de 1920 en la recientemente formada URSS.

Tanto la Segunda Guerra Mundial como la Guerra en Corea alimentaron el impulso de compasión y generosidad excepcional de los americanos. De aquí surgieron algunas de las organizaciones de ayuda internacional no gubernamental más grandes de este país, como “Visión Mundial”, “Comité Internacional de Rescate”, “Servicio de Alivio Católico”, “CARE” Comprehensive Assessment Reporting Evaluation, “Federación Luterana Mundial”, y “Asociación Adventista de Alivio de Desarrollo”.

Estos gigantes de la ayuda humanitaria serían más tarde los gigantes de la ayuda de reconstrucción y después de la ayuda al desarrollo en países nuevamente descolonizados durante la década de 1960¹⁸.

Estas organizaciones fueron apoyadas por políticas efectivas americanas que reforzaban su desarrollo dentro de varios países de intervención, confirmando lazos entre las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y el gobierno de su país de origen.

Por otro lado, en Europa, las ex potencias coloniales favorecieron más a menudo el desarrollo de políticas bilaterales de cooperación entre Estados, en perjuicio del surgimiento de grandes ONG internacionales certificadas por su gobierno.

3. El tercer fenómeno concierne a la revuelta contra el hambre iniciada por un grupo de doctores franceses que se rebelaron contra las reglas de neutralidad y absoluta imparcialidad no comprometidas del CICR. En Biafra, en 1969, la población civil moría por una extrema hambruna. Denegado el acceso a la región por oficiales nigerianos, la Cruz Roja no pudo renegar de sus principios de estricta neutralidad a fin de llegar a la población en desgracia. Golpeados por este verdadero chantaje por parte de las autoridades nigerianas, un grupo de doctores franceses, dirigidos por el Dr. Bernard Kouchner (Aviñón (Francia) 1939 -)¹⁹; decidió crear una organización médica que pudiera no solamente alcanzar a las

¹⁸ Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

¹⁹ Dr. Bernard Kouchner. Co-fundador de Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo.

poblaciones en necesidad sino también que abandonara la obligación de contenerse a testificar abiertamente al público y a cualquier medio que deseara escuchar de ellos lo que estaban presenciando, surgió así Médicos Sin Fronteras (MSF).



Figura 4. Dr. Bernard Kouchner.

La primera organización humanitaria médica había nacido, y con ella la expresión “sin fronteras”. Bajo esta designación emergió toda una nueva generación de organizaciones humanitarias con objetivos internacionalistas que estaban expresamente comprometidas a ir directamente en ayuda de las víctimas y que estaban preparadas para desafiar a la ley sacrosanta de no interferencia en los asuntos internacionales de un estado. Ellas abrieron un nuevo diálogo con la opinión pública y la prensa, produciendo una revolución radical en el campo de la acción humanitaria que daría a conocer, a través de las pantallas de televisión, radios y periódicos del mundo, las causas negligentes y los conflictos distantes a los que nadie más, y los gobiernos en particular, prestaban atención.

Con la colaboración de los medios de comunicación, los nuevos humanitarios encontraron apoyo en generaciones de jóvenes profesionales que no creían en la acción política multilateral y que vieron en “sin fronteras” una manera constructiva y realista de ayudar a la gente en situaciones de desgracia en países del Tercer Mundo o en occidente.

Las décadas 70 y 90 del siglo XX, supusieron un desarrollo en el campo humanitario con la aparición de nuevas organizaciones de solidaridad internacional, no gubernamentales. Entre ellas, además de MSF²⁰, que se creó en 1971; Médicos del Mundo y Red Internacional Acción contra el Hambre, creadas en 1979; y OXFAM Internacional (Oxford Committee for Famine Relief), fundada en 1995, pero ha sido durante la década del 90 cuando la acción humanitaria ha experimentado su desarrollo más vigoroso. Esto se ha debido, sobre todo, a varios cambios operados con el final de la Guerra Fría y la rivalidad bipolar entre las superpotencias. Por un lado, el incremento de los conflictos civiles en numerosos países, que son los principales causantes de las denominadas emergencias complejas. Por otro lado, la proliferación de operaciones de paz, que han dado lugar a un incremento de los fondos concedidos por los donantes para ayuda humanitaria o de rehabilitación a los países en los que se llevan a cabo.

Como consecuencia, durante esta década todos los donantes aumentaron sus fondos para la ayuda humanitaria, al tiempo que casi todos disminuyeron los dedicados a cooperación para el desarrollo a largo plazo. La ayuda para la subsistencia inmediata fue desplazando a la cooperación con objetivos estructurales de décadas anteriores.

Así, la ayuda humanitaria de los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), es decir, de los países desarrollados, representó en 1988 un 2% del total de su ayuda, mientras en 1995 supuso el 10%. En términos absolutos, el incremento supuso un salto desde los 286 millones de dólares en 1981 hasta el máximo de 3.468 millones en 1994,

²⁰ MSF obtuvo el Premio Nobel de la Paz en 1999.

experimentándose después una disminución paulatina para quedar en el margen de los 2.000-3.000 millones²¹.

Los avances también han sido importantes en el plano institucional. En 1992 se creó el Departamento para Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (DAH), transformado en 1998 en la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH), con objeto de coordinar a las agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) implicadas en la acción humanitaria. También en 1992 fue creado el Departamento para Asuntos Humanitarios de la Comisión Europea (ECHO), que fue decisivo para incrementar el volumen, coordinación y visibilidad de la acción humanitaria de la Unión Europea (UE).

Otro de los procesos más relevantes ha consistido en el creciente peso que han asumido las ONG en la canalización de la ayuda humanitaria, mayor aún que en el caso de la cooperación para el desarrollo. Para ello cuentan bien con fondos públicos o bien con fondos propios, recaudados en gran parte mediante campañas activadas para crisis concretas.

El papel de las ONG se ha incrementado sobre todo en los contextos de conflicto, debido a dos cambios que han modelado el régimen actual de la acción humanitaria internacional: el debilitamiento del principio de soberanía y la privatización de la ayuda²².

En cuanto al primero, la importancia atribuida durante la Guerra Fría a los principios de soberanía estatal y de no intervención en asuntos de otros Estados hacía que las agencias de Naciones Unidas y muchas ONG internacionales sólo intervinieran en crisis humanitarias con el consentimiento del gobierno del país receptor. Dado que habitualmente éste negaba el acceso a las zonas controladas por los rebeldes, la ayuda humanitaria solía limitarse a las zonas seguras, periféricas al conflicto y controladas por el gobierno. En las zonas en conflicto solamente solía operar la ayuda del CICR, cuyo mandato, neutralidad e

^{21, 22} Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

imparcialidad le permitían trabajar con los diferentes bandos, así como la proporcionada por grupos de solidaridad internacionalista a los movimientos y guerrillas revolucionarios.

Ahora bien, desde los años 80 del siglo XX, el principio de soberanía en zonas en crisis se ha erosionado, tanto de hecho como de derecho. De hecho, porque muchos Estados frágiles se han convertido en Estados fallidos donde la administración se ha colapsado y donde no existe un gobierno soberano al que solicitar su consentimiento para la acción humanitaria. Pero el socavamiento del principio de soberanía también ha sido jurídico pues ante la situación descrita, los gobiernos occidentales han incrementado su voluntad de intervenir en otros países basándose en motivos humanitarios (derecho de injerencia), en caso necesario sin el consentimiento de los gobiernos. Así, se ha abierto la puerta para que el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas autorice esa injerencia en la soberanía de un tercero, justificada sobre la base de la protección de la ayuda humanitaria.

Diferentes resoluciones del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas han permitido a las agencias humanitarias el acceso a las víctimas de los conflictos, frecuentemente respaldado con el despliegue de tropas bajo mandato de Naciones Unidas, con o sin un acuerdo con los gobiernos y grupos insurgentes. En muchas ocasiones, tales actuaciones han tenido lugar en Estados frágiles o fallidos, que prácticamente se han descompuesto y apenas pueden hacer ejercicio de su soberanía.

Por su parte, la privatización de la ayuda significa que los donantes internacionales han mostrado en los años 80 y 90 del siglo XX una clara tendencia a recurrir a las ONG como canalizadoras de sus fondos. De este modo, se ha reducido el peso en la gestión de la ayuda tanto por parte de las agencias oficiales de cooperación de los donantes como de los gobiernos de los países receptores.

No hay que olvidar que buena parte de la acción humanitaria suele ser llevada a cabo por instituciones u ONG de los propios países afectados. Se constata, por tanto, que su régimen institucional consta de una larga cadena con varios eslabones o niveles:

- Los gobiernos donantes, entre los que destacan los Estados Unidos (EE.UU.) y la UE que, aunque tengan actuaciones propias, canalizan la mayoría de sus fondos a través de las ONG y, sobre todo, de las agencias de Naciones Unidas.
- Las agencias de Naciones Unidas que disponen de programas propios pero que también actúan como financiadoras de muchas ONG internacionales.
- Las ONG internacionales que, muy diversas en cuanto a sus características, suelen ser las principales organizadoras de las actividades en zonas de conflicto, frecuentemente bajo la coordinación de alguna agencia de Naciones Unidas.
- Las ONG locales u otras organizaciones comunitarias que en ocasiones, cuando existen, son empleadas como contrapartes implementadoras por parte de las ONG internacionales.
- Los gobiernos de los países receptores.

Esta cadena de niveles internacionales debe ser completada con otras de diferente tipo, pero decisivas en la ejecución de la acción humanitaria. En primer lugar, la población local receptora, que, lejos de ser pasiva, dispone de capacidades, redes sociales y estrategias que suelen ser más importantes para hacer frente a la crisis que la ayuda proporcionada desde el exterior. En segundo lugar, los medios de comunicación y la opinión pública, que condicionan fuertemente la respuesta dada a unas crisis humanitarias u otras. Por último, las Fuerzas Armadas cedidas

por los Estados a las Naciones Unidas u otras organizaciones, que no son actores humanitarios pero que inciden decisivamente en los contextos en los que se desarrolla gran parte de la acción humanitaria.

En definitiva, se trata de un régimen institucional cuya complejidad ha aumentado en las dos últimas décadas del siglo XX, con la aparición de nuevos escenarios y de multitud de interventores con características y prioridades diversas.

II.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ACCIÓN HUMANITARIA

La acción humanitaria se ha definido históricamente sobre la base de una serie de principios, éticos y operativos, entre los que destacan los de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia y universalidad²³.

Estos principios habían sido enunciados:

- en los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, aprobados en Ginebra el mes de octubre de 1986 por la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja y modificados en 1995 y en 2006;
- en el Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y las organizaciones no gubernamentales (1994);
- en la Carta Humanitaria del Proyecto Esfera²⁴ (1997) y;
- en los Estatutos de la gran mayoría de las organizaciones humanitarias.

²³ *Vid. Opus. cit.* en nota (1).

²⁴ Iniciativa lanzada por organizaciones humanitarias con el objetivo de establecer una serie de normas universales en áreas de la ayuda humanitaria post-desastre.

El precursor de estos principios fue el CICR. Ahora bien, pese a que éste se fundó en 1863, tales principios no se consolidaron hasta después de las dos Guerras Mundiales, en la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Viena en 1965.

No obstante, estos principios se han visto cuestionados y sometidos a un proceso de redefinición. La redefinición y adecuación de los principios humanitarios a las nuevas circunstancias constituye uno de los principales debates actuales en el campo humanitario, y se ha plasmado en la elaboración de varios códigos éticos o de conducta para las agencias y ONG.

Dichos principios son:

1. Humanidad.

Implica proporcionar un trato respetuoso con la dignidad humana, orientado a aliviar el sufrimiento causado por los conflictos y los desastres.

En este sentido, en la Carta Humanitaria del Proyecto Esfera se recoge este principio y se reafirma la creencia en el imperativo humanitario y su primacía, entendiendo por tal la convicción de que se deben adoptar todas las medidas posibles para evitar o aliviar el sufrimiento humano provocado por conflictos o calamidades, y de que la población civil, víctima de esas circunstancias, tiene derecho a recibir protección y asistencia.

En un primer momento, el CICR hizo de la caridad su principio básico, siendo posteriormente reemplazado por la idea de humanidad y solidaridad²⁵. La caridad se asocia a la limosna donada en base a una relación paternalista y unilateral, entre un superior que da y un inferior que recibe, que no se preocupa por la justicia ni por cambiar las condiciones que afectan al beneficiario. El concepto de humanidad, por el contrario, evoca una relación entre seres humanos iguales e integra no sólo

²⁵ Comité Internacional de la Cruz Roja. <http://icrc.org>. Disponible en vers. html, 27-11-2011.

la voluntad de aliviar el sufrimiento sino también de reflexionar sobre sus causas y erradicarlas.

2. Neutralidad.

En el derecho internacional, desde el siglo XIX se recoge la neutralidad como el estatus jurídico de un Estado que ha decidido mantenerse apartado de la guerra entre otros Estados. Pero la acepción a la que nos referimos aquí es la relativa a la acción humanitaria que supone la abstención de todo acto que, en cualquier situación conflictiva, pueda interpretarse como favorable a una de las partes implicadas o en detrimento de la otra.

Cabe destacar que la neutralidad y la imparcialidad son principios paralelos, pues con ambos se pretende distinguir claramente la acción humanitaria de la acción política y militar, por tanto, la neutralidad es la base que posibilita la acción humanitaria imparcial.

En muchos casos se ha constatado que la adhesión a este principio no ha garantizado en la práctica el permiso de acceso a las víctimas por parte de las autoridades o contendientes. Además, el principio de neutralidad ha sido cuestionado por diferentes autores y organizaciones, que tratan de incorporar a la acción humanitaria la exigencia de justicia, para que no consista en mera compasión. Su crítica es que, en última instancia, la neutralidad obliga al silencio e impide la denuncia de las violaciones de derechos humanos y sin la cual éstos no llegarían a satisfacerse.

Desde finales de los años 90 del siglo XX, existe un creciente reconocimiento de que las crisis humanitarias tienen causas políticas y consisten en violaciones masivas de los derechos humanos, muchas veces orquestadas deliberadamente por grupos poderosos para obtener ganancias políticas o económicas. Esto dificulta que la ayuda pueda ser neutral o imparcial. Rompe con la interpretación convencional de las crisis como resultado de factores naturales o económicos y de

un carácter políticamente imparcial²⁶.

Multitud de estudios han revelado que la ayuda humanitaria no es neutral en su impacto económico y político. En muchas ocasiones, la acción humanitaria es utilizada por los gobiernos occidentales como un sustituto de la acción política que se requeriría para afrontar las causas de la crisis o incluso para determinados fines de la política exterior.

3. Imparcialidad.

Implica que la ayuda humanitaria debe proporcionarse a las víctimas en función de sus necesidades, no en función de cualquier otro criterio que suponga discriminación por raza, sexo, o ideología política. La imparcialidad se apoya en el valor común de la dignidad humana quebrantada por el sufrimiento²⁷.

Los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, como los de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja, formulan el principio de sus acciones en los siguientes términos: “El Movimiento no hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes”²⁸.

4. Independencia.

Significa que las organizaciones humanitarias desempeñan sus funciones sobre la base de sus propias decisiones, al margen de condicionamientos políticos tanto en sus países de origen como en los que actúan.

²⁶ HARROFF-TAVEL, M. (1989) Neutralidad e imparcialidad. De la importancia y la dificultad, para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, de guiarse por estos principios. En *Revista Internacional de la Cruz Roja*, 96: 569-587.

²⁷ ABRISKETA, J. (1999) *Los Desafíos de la Acción Humanitaria: Un balance*. Barcelona, Icaria editorial S.A., pág. 112.

²⁸ *Loc. cit.* en nota (25).

Ahora bien, como ocurre con los demás principios, éste también se ve cuestionado en la práctica por diferentes factores como son: la necesidad de fondos públicos, la colaboración con los gobiernos u otros grupos de poder en los países receptores, o la influencia de los medios de comunicación y la necesidad de reclamar su atención.

5. Universalidad.

Este principio implica que cualquier víctima de un desastre natural o humano debe ser socorrida, independientemente de toda diferencia política, étnica o de otro tipo, por cuanto todos formamos parte de la humanidad²⁹. Sin embargo, su aplicación resulta casi imposible. La era de la globalización y de la recepción de las noticias en tiempo real ha incidido en el aumento de las demandas de acción humanitaria pero, al mismo tiempo, sólo algunas de las situaciones de crisis merecen la respuesta internacional mientras otras quedan olvidadas.

Por tanto, podemos decir, que estos principios humanitarios proporcionan un marco de referencia para orientar y juzgar la acción humanitaria por lo que, en gran medida siguen teniendo validez.

Sin embargo, la complejidad de las crisis humanitarias actuales hace que, en la práctica, la neutralidad e imparcialidad choquen con los enfoques partidarios de la denuncia de las violaciones de derechos humanos y de la solución de las raíces de los conflictos.

Por otra parte, no existe un sistema institucional o jurídico que obligue a la adhesión a esos principios básicos y sancione su incumplimiento.

²⁹ *Vid.* Organización de las Naciones Unidas. (2011) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III). 10 de Diciembre de 1948. París, Organización de las Naciones Unidas.

II.2 CONCEPTO DE INTERVENCIÓN HUMANITARIA

La intervención humanitaria se define como un conjunto de acciones de ayuda a las víctimas de desastres, desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados; orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como, a veces, a frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de los miembros de una comunidad y prepararlos ante desastres naturales³⁰.

Los conceptos de acción humanitaria, ayuda humanitaria, ayuda de emergencia, e incluso socorro humanitario son muchas veces utilizados de manera indistinta. Sin embargo, con las reservas que impone la diversidad de enfoques existentes, de la bibliografía especializada parece desprenderse, en general, algunos rasgos diferenciadores.

El concepto de socorro humanitario consiste meramente en una ayuda para auxiliar a quien sufre un desastre u otra situación de peligro. Este concepto parece haber quedado en desuso a favor de otro concepto más habitual, el de ayuda de emergencia.

La ayuda de emergencia consiste en la ayuda proporcionada con un carácter de urgencia a las víctimas de desastres desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados. Es una ayuda consistente en la provisión gratuita de bienes y servicios esenciales para la supervivencia inmediata: agua, alimentos, abrigo, medicamentos y atenciones sanitarias. Este tipo de intervención suele tener un marco temporal muy limitado, normalmente de hasta seis o, como máximo, doce meses.

La ayuda humanitaria, abarca un campo algo más amplio, incluye no sólo la citada ayuda de emergencia sino también la ayuda en forma de operaciones prolongadas para refugiados y desplazados internos. Además muchas

³⁰ *Vid. Opus. cit. en nota (1).*

organizaciones asumen como objetivo que dichas intervenciones no se limiten a garantizar la subsistencia inmediata sino que contribuyan a frenar la desestructuración del tejido económico y social así como a sentar las bases para la rehabilitación y el desarrollo futuros. Con tal propósito, suelen incluir algunas actividades orientadas a la rehabilitación post-desastre a corto plazo³¹.

Por último, la acción humanitaria encierra un contenido más amplio que el de la ayuda humanitaria, incluyendo no sólo la provisión de bienes y servicios básicos para la subsistencia sino también, sobre todo en contextos de conflicto, la protección de las víctimas y de sus derechos fundamentales mediante labores como la defensa de los derechos humanos, el testimonio, la denuncia, la presión política y el acompañamiento.

Es importante subrayar que la ayuda y la acción humanitarias se caracterizan no sólo por unas determinadas actividades u objetivos sino también por una serie de principios éticos y operativos que tradicionalmente les han sido inherentes, entre los que destacan: la humanidad, la imparcialidad, la neutralidad y la independencia. Tales principios implican que son las necesidades de las personas las que deben regir la acción humanitaria, no los Estados con sus intereses políticos o económicos, lo cual las ha diferenciado de la cooperación para el desarrollo.

Los contenidos y objetivos específicos de la acción humanitaria serían básicamente los siguientes³²:

1. La provisión de los bienes y servicios básicos para garantizar la subsistencia de los afectados por un desastre y aliviar sus penalidades. Ésta es la función tradicional de la ayuda y la acción humanitaria que sigue siendo la más habitual. Los bienes y servicios esenciales que deben satisfacerse son los siguientes:

³¹ ARCOS GONZALEZ, P. (2006) *La ayuda sanitaria en desastres*. Madrid, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, pág. 46.

³² *Vid. Opus. cit.* en nota (1).

- Abrigo contra los elementos: los seres humanos pueden morir en 6-12 horas de exposición a un frío extremo. Para sobrevivir, un niño necesita mantener la temperatura corporal en el margen habitual de 36'5-37'5°C, pero ningún clima en el mundo garantiza esas temperaturas noche y día, por lo que es necesario el abrigo.
- Agua potable: no consumirla puede provocar la muerte en unos pocos días, al tiempo que el consumo de agua contaminada puede provocar graves trastornos de salud.
- Alimentos: las personas inicialmente sanas y bien alimentadas pueden subsistir sin comida unas semanas, aunque en los países pobres son muchos los que parten de una situación de enfermedad y malnutrición.
- Atención sanitaria: incluye la provisión de medicamentos, tratamiento médico y medidas preventivas. Entre éstas figuran las campañas de vacunación pero también medidas de higiene y salubridad.

2. Frenar el proceso de aumento de vulnerabilidad y de desestructuración socioeconómica de las familias y comunidades. Un desastre es el resultado de un proceso, a veces prolongado, de acumulación de vulnerabilidad; y consiste en una fuerte convulsión socioeconómica con graves consecuencias. En este contexto, la ayuda humanitaria es vista por numerosos autores y ONG como una herramienta para frenar ese proceso de acumulación de vulnerabilidad de la población, evitando que la crisis llegue a su punto álgido, así como para intentar revertir tal proceso y establecer unas bases sobre las que asentar la rehabilitación y el desarrollo posteriores.

En este sentido, algunos objetivos concretos son los siguientes:

- Frenar el hundimiento de los ingresos y del poder adquisitivo de los más vulnerables. Para ello, los programas de comida o dinero por trabajo pueden servir como una fuente alternativa de ingresos.

- Evitar la descapitalización total de los afectados por el desastre, ayudándoles a no tener que malvender sus bienes productivos para poder comprar alimentos, lo cual hipotecaría su sistema de sustento futuro y les condenaría a una miseria prolongada.
- Disuadir el éxodo de las familias para buscar ayuda en otros lugares todo el tiempo que sea posible. El desplazamiento masivo conlleva la paralización de sus actividades económicas y, en muchos casos, la fragmentación de la comunidad e incluso del núcleo familiar, haciendo muy costosa la rehabilitación posterior a la crisis.
- Generar capacidades que contribuyan a la recuperación y el desarrollo posteriores, mediante la mejora de los conocimientos técnicos de la población, la capacitación del personal y las instituciones locales, así como la creación de infraestructuras públicas.

3. La preparación ante potenciales catástrofes naturales y el aseguramiento de la preparación ante los riesgos de desastres naturales, estableciendo sistemas de alerta temprana; son otros dos mecanismos que contribuyen a la reducción de la vulnerabilidad y la vinculación entre los objetivos de emergencia y los de desarrollo.

4. La protección de las víctimas de las guerras y otros desastres, entendida como la defensa de sus derechos humanos fundamentales, el reconocimiento y defensa del respeto a su dignidad, y la exigencia del cumplimiento del derecho internacional humanitario.

Esta labor de protección es particularmente pertinente en los contextos de emergencias complejas y conflictos civiles, que han aumentado desde principios de los años 90 del siglo XX, ya que se caracterizan por violaciones masivas de los derechos humanos.

En este sentido, el Reglamento del Consejo de la Unión Europea sobre la ayuda humanitaria de 1996 señala que la ayuda humanitaria consistirá en acciones no discriminatorias de asistencia, socorro y protección a favor de las personas afectadas por desastres naturales o humanos, en especial a los más vulnerables y prioritariamente de los países en vías de desarrollo.

La protección se traduce en diversas tareas e iniciativas para exigir a las autoridades el cumplimiento de sus obligaciones en cuanto al respeto y satisfacción de los derechos humanos, así como otras para reducir el impacto de la violencia sobre la población civil. Aunque tales actividades han sido desempeñadas tradicionalmente por las organizaciones que trabajan específicamente en el campo de los derechos humanos, existe una creciente tendencia entre numerosas ONG humanitarias y de desarrollo a llevarlas a cabo. Entre las tareas orientadas a la protección destacan las siguientes:

- La supervisión y seguimiento internacional del respeto a los derechos humanos. En este sentido, cabe ser destacada la labor del CICR, por cuanto los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales le confieren la función de supervisor y garante del cumplimiento de tales instrumentos, que son la base del derecho internacional humanitario y que protegen a las víctimas de los conflictos armados.
- El testimonio y la denuncia de las violaciones de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario que llevan a cabo diferentes organizaciones. Un medio habitual para ello suele consistir en la elaboración y difusión de informes, a fin de alertar a la opinión pública internacional, los medios de comunicación, los gobiernos y Naciones Unidas. La realización de acciones de denuncia suele plantear un difícil dilema a las organizaciones humanitarias, por cuanto puede conllevar un alto riesgo de expulsión del país y de suspensión de sus actividades de ayuda.

- La presión política por parte de ONG dirigida hacia los gobiernos de los países en los que actúan o hacia otros de la comunidad internacional. Entre sus objetivos habituales suelen figurar el respeto de los derechos humanos, el permiso y libertad de acceso a las víctimas por parte de la ayuda internacional así como, a veces, el dar a conocer la situación de precariedad de determinados colectivos marginados u olvidados y forzar a que se les preste la atención debida.
- El acompañamiento y la presencia internacional, permanente o periódica, realizada por observadores en escenarios en conflicto, a fin de proporcionar una protección activa a la población afectada por la violencia y prevenir violaciones de los derechos humanos.

II.2.1 MARCO PARA LA INTERVENCIÓN SANITARIA

Un desastre es, según el DAH, una grave perturbación del funcionamiento de la sociedad, que causa amplias pérdidas humanas, materiales o medioambientales, que exceden la capacidad de la sociedad afectada para afrontarla utilizando sólo sus propios recursos³³. Una catástrofe, sin embargo, es un evento natural o humano que actúa como detonante de una crisis³⁴.

El desastre se produce como consecuencia de un proceso de crisis que es desencadenado por una catástrofe, al actuar sobre una determinada situación de vulnerabilidad preexistente, cuando la comunidad o sectores afectados no disponen de las capacidades necesarias para ejecutar las estrategias para afrontar como resistir a tal proceso. De esta forma, la interrelación entre tales factores se podría expresar con la siguiente fórmula:

$$\text{Desastre} = \text{vulnerabilidad} + \text{catástrofe}$$

^{33, 34} Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

Los desastres son fruto de la combinación de todos esos factores. La profundidad y amplitud del desastre depende, por tanto, del tipo, intensidad y duración de la catástrofe aunque es más determinante el nivel de la vulnerabilidad preexistente.

La comprensión de los desastres, como fruto en gran medida de la vulnerabilidad, ha sido posible tras una evolución teórica habida en las últimas décadas. A lo largo de la historia, los desastres habían sido explicados como fenómenos esencialmente naturales, o como expresión de la voluntad o el castigo de Dios. Los desastres serían eventos naturales, excepcionales, inesperados y sin relación alguna con los procesos sociales habituales. Este enfoque natural se complementó con otras explicaciones centradas en una supuesta mala gestión de los recursos naturales por parte de las víctimas debido a su ignorancia o a un comportamiento irracional.

Se podía entonces decir, que los desastres eran socialmente selectivos, se cebaban con los pobres, vulnerables y carentes de poder, en tanto que rara vez tocaban a los ricos y poderosos; sin embargo, aunque las enfermedades siguen siendo de los pobres, hoy día las sociedades opulentas de occidente se están viendo cada vez más afectadas, tanto por las poblaciones emigrantes como por sus crecientes bolsas de pobreza³⁵.

El deterioro del estado de salud de la población suele ser uno de los impactos más graves de los desastres, tanto los generados por catástrofes naturales como por conflictos armados. En ocasiones, los desastres acarrear auténticas crisis sanitarias, caracterizadas por la propagación de epidemias, que frecuentemente son la principal causa del aumento de mortalidad. En consecuencia, las actuaciones en materia de salud son prioritarias durante las emergencias.

³⁵ LARRAGA RODRÍGUEZ DE VERA, V. (2011) *La lucha frente a las enfermedades de la pobreza: responsabilidad y necesidad*. Bilbao, Fundación BBVA, pág. 17-25.

El impacto de los desastres en el campo de la salud varía según la naturaleza de los mismos, su duración e intensidad. Los desastres golpean a la situación de la salud en tres frentes³⁶:

1. Aumento de la susceptibilidad o propensión fisiológica a contraer enfermedades.

La debilidad y pérdida de defensas del organismo, como consecuencia de la malnutrición, favorecen el deterioro del estado de salud del individuo. En efecto, un desastre provoca una pérdida de la seguridad alimentaria, esto es, del acceso al alimento debido a su empobrecimiento, la disminución de la producción agrícola y la perturbación de los mercados. De esta forma, se genera un incremento de la malnutrición que, en ocasiones, puede presentar niveles graves y favorece el contraer enfermedades las cuales a su vez contribuyen al incremento de la malnutrición dando lugar a un círculo vicioso. El resultado es, con frecuencia, unos altos niveles de mortalidad, especialmente en la fase aguda de las emergencias.

2. Incremento de la exposición a las enfermedades.

Uno de los factores que hacen de los desastres un caldo de cultivo ideal para la transmisión de enfermedades son los desplazamientos masivos de población que son producidos por las calamidades naturales y, sobre todo, por la violencia. Dichos movimientos de personas y su posterior hacinamiento en zonas seguras o en campos de refugiados, en condiciones de insalubridad, favorecen en enorme medida el contagio.

3. Deterioro de los servicios e infraestructuras de salud.

Los conflictos y las catástrofes naturales ocasionan daños al sistema de salud en muy diferentes aspectos como son:

³⁶ Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

- La capacidad de planificación y gestión se ve afectada por la falta de medios institucionales para responder a las emergencias, por la desestructuración sociopolítica e incluso por la descomposición de las estructuras del Estado. Durante los contextos de emergencia en los Estados débiles, frágiles o fallidos, buena parte de las necesidades sanitarias pueden ser satisfechas mediante ONG internacionales lo cual, junto a sus innegables beneficios, puede dar lugar a una atomización y fragmentación del sistema sanitario, dada la incapacidad del gobierno de ejercer la coordinación y control necesarios.
- La disponibilidad de medios financieros y humanos. Los gastos y el deterioro económico implican una disminución de la financiación de la sanidad, dentro de la cual la necesidad de atender a los heridos obliga a reducir el gasto en atención primaria de salud o en programas de vacunación y control de enfermedades transmisibles. El resultado de todo ello es un deterioro de los servicios de la sanidad pública y la creciente privatización de ésta, que deja indefensos a los sectores más vulnerables.
- La destrucción de las infraestructuras sanitarias y de provisión de agua y saneamientos. Sus consecuencias inevitablemente son la huida del personal sanitario, la pérdida de cobertura sanitaria y la paralización de los programas de control de enfermedades, el deterioro del acceso al agua potable y de las condiciones de salubridad y, en definitiva, la propagación de epidemias.
- La provisión y el acceso a los servicios. Como consecuencia de todo lo anterior, la población encuentra mayores dificultades para acceder a los servicios de salud, disminuyen los centros de salud en funcionamiento y se incrementa la distancia media de éstos respecto al lugar de residencia.

En una determinada emergencia, es necesario que las ONG y agencias humanitarias que se desplazan a las zonas afectadas actúen no sólo con rapidez

sino también de forma coordinada con el personal sanitario local. Es importante tener en cuenta que los primeros esfuerzos de asistencia frente al desastre, sean organizados o no, siempre se llevan a cabo por la propia comunidad local, debiendo ser éstos apoyados y reforzados por la ayuda que llegue del exterior.

Las acciones para frenar los efectos de la emergencia variarán según el tipo de desastre y serán más complejas conforme también lo sean las causas y dinámicas de éste. En cualquier caso, toda actuación de emergencia requiere una evaluación sanitaria rápida, esto es, un análisis urgente y preciso del estado de salud y nutrición de las personas afectadas a fin de determinar sus necesidades, los recursos materiales y humanos localmente disponibles así como la ayuda que se necesita enviar³⁷.

Los objetivos de las intervenciones sanitarias en situación de emergencia pueden ordenarse de la siguiente forma en función de la secuencia de los eventos en el tiempo y desde los efectos inmediatos hasta la rehabilitación:

- Prevenir y reducir la mortalidad, sea causada por la catástrofe, por la demora en la asistencia o por la carencia de cuidados apropiados.
- Suministrar cuidados a los damnificados, heridos, quemados, afectados psicológicamente, etc...
- Prevenir la morbilidad y consiguiente mortalidad relacionadas con el desastre a corto y largo plazo.
- Asegurar la recuperación del estado de salud a largo plazo.
- Restablecer o rehabilitar los servicios de salud en la medida de lo posible, aprovechando la oportunidad de mejorarlos con respecto a su situación previa.

³⁷ *Vid.* Organización Panamericana de la Salud. (1999) Asistencia humanitaria en caso de desastres. Guía para proveer ayuda eficaz. Washington D.C., Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Los desastres son procesos caracterizados por la desestructuración socioeconómica y el incremento de la mortalidad. Las emergencias complejas son procesos dinámicos que pueden dividirse en varias fases, cada una de las cuales se caracteriza por problemas y prioridades que van modificándose en el tiempo.

En general, los indicadores más específicos de la situación de salud de la población afectada por los desastres son los índices de mortalidad³⁸. Por esa razón, en función de tales tasas de mortalidad la situación de emergencia y respuesta sanitaria puede dividirse en tres fases, diferenciadas en cuanto a sus marcos temporales, sus prioridades y las intervenciones que son necesarias:

1. Fase aguda de la emergencia.

Esta fase suele presentar una elevada tasa de mortalidad.

Las prioridades de la ayuda en las primeras semanas radican en proveer, además de protección física, alimentos, agua, refugio y cuidados sanitarios esenciales. En esta fase, las intervenciones prioritarias de salud pública son la identificación de agentes de salud comunitarios y su despliegue en la zona.

La puesta en marcha de un sistema de información sanitaria a través de la vigilancia del número de defunciones, las causas de muerte y las encuestas nutricionales, ayudarán a evaluar la efectividad de las medidas puestas en marcha e indicará la necesidad de actividades adicionales o la necesidad de medidas de contingencia frente a posibles brotes epidémicos.

2. Fase tardía de la emergencia.

El repentino aumento en los índices de mortalidad, que ocurre durante la fase aguda de la emergencia, es seguido por un descenso gradual de unos seis meses de duración. De forma paulatina, los programas de ayuda irán pasando de la

³⁸ Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

satisfacción de las necesidades básicas a la ejecución de la salud pública. En esta fase, las agencias de Naciones Unidas y las ONG suelen procurar estandarizar los programas y los procedimientos de actuación.

3. La fase de post-emergencia.

En esta fase, los programas básicos de salud deben ser ampliados para mejorar su eficacia y al mismo tiempo alcanzar la mayor autosuficiencia posible. Gran parte de la atención sanitaria es suministrada por personas de la propia comunidad, si bien las ONG pueden contribuir ofreciendo formación adicional y apoyo. El énfasis de la ayuda humanitaria irá cambiando de las actividades de emergencia a corto plazo hacia las actividades de rehabilitación y de cooperación para el desarrollo.

En el proceso de rehabilitación posterior al desastre, una de las mayores prioridades debe consistir en la reconstrucción de los sistemas de salud pública. El objetivo debe consistir en proporcionar una cobertura sanitaria adecuada mediante la reconstrucción o creación de una red sanitaria estructurada y jerarquizada, con distintos niveles de prestación que vayan desde los puestos de salud periféricos hasta los hospitales centrales en las grandes ciudades. Además, es importante tener en cuenta que la recuperación de los servicios sanitarios constituye para la población una prueba palpable de la mejora de la situación.

La rehabilitación post-desastre del sistema de salud suele afrontar diferentes retos y dilemas. Uno de los principales radica en la definición de un marco político y operativo para el funcionamiento de dicho sistema en el que se consensuen y establezcan las responsabilidades y estrategias de las autoridades nacionales y locales, personal sanitario, donantes, agencias multilaterales, ONG nacionales y extranjeras. El establecimiento de dicho marco suele implicar una redefinición de las relaciones entre el gobierno nacional, por un lado, y los donantes y las ONG extranjeras, por otro. Hay que tener en cuenta que durante la fase de emergencia buena parte de los servicios sanitarios suelen ser garantizados por la cooperación

internacional a través de las ONG extranjeras, dando lugar a un sistema de salud fragmentado y con frecuencia descoordinado. En la rehabilitación, por el contrario, debe perseguirse la capacitación de las instituciones nacionales para ejercer la necesaria coordinación y la planificación de estrategias coherentes.

A la hora de definir el sistema sanitario, otro dilema consiste en determinar si aquél debe ser reconstruido tal y como existía antes del desastre o si debe ser reformado, y en qué medida, por no responder a las necesidades de la población. Habitualmente, los procesos de rehabilitación ofrecen una oportunidad para introducir reformas en la estructura del sistema sanitario, para dotarle de mayor eficiencia y mayor capacidad de proporcionar servicios más adecuados y con una mayor equidad social.

II.3 LAS NACIONES UNIDAS, REFERENTE MUNDIAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA ASISTENCIA HUMANITARIA

El nombre de "Naciones Unidas", acuñado por el Presidente de los Estados Unidos Franklin Delano Roosevelt, se utilizó por primera vez el 1 de enero de 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, cuando representantes de 26 naciones aprobaron la "Declaración de las Naciones Unidas"³⁹.

En 1945, representantes de 50 países se reunieron en San Francisco en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, para redactar la Carta de las Naciones Unidas⁴⁰.

Los delegados deliberaron sobre la base de propuestas preparadas por los representantes de China, la Unión Soviética, el Reino Unido, y los Estados Unidos

³⁹ Vid. KENNEDY, P. (2007) *El parlamento de la humanidad: la historia de las Naciones Unidas*. Trad. Ricardo García Pérez. Barcelona, Debate.

⁴⁰ Organización de las Naciones Unidas. (2004) Carta de las Naciones Unidas. Firmada en San Francisco el 26 de junio de 1945, entrada en vigor el 24 de octubre de 1945. Organización de las Naciones Unidas.

entre agosto y octubre de 1944, pero no fue hasta el 26 de junio de 1945 cuando la Carta de las Naciones Unidas ⁴¹ fue firmada por representantes de los 50 países. Polonia, que no estuvo representada, la firmó mas tarde y se convirtió en uno de los 51 Estados Miembros fundadores.

Las Naciones Unidas empezaron a existir oficialmente el 24 de octubre de 1945, después de que la Carta fuera ratificada por China, Francia, la Unión Soviética, el Reino Unido, los Estados Unidos y la mayoría de los demás signatarios. Las Naciones Unidas como organización, se comprometieron a mantener la paz y la seguridad internacionales, a fomentar entre las naciones relaciones de amistad y a promover el progreso social, la mejora del nivel de vida y los derechos humanos⁴².

Desde que las Naciones Unidas coordinaron por primera vez las operaciones de socorro humanitario en Europa, a raíz de la devastación y el desplazamiento masivo de personas provocados por la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional ha confiado en la Organización para afrontar los desastres, tanto naturales como provocados por el hombre, cuya magnitud supere la capacidad de respuesta de las autoridades nacionales.

Debido a su carácter internacional, y a las competencias de su Carta fundacional, la Organización puede adoptar decisiones sobre una amplia gama de temas, y proporcionar un foro a sus 193 Estados Miembros para expresar sus opiniones, a través de la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, el Consejo Económico y Social y otros órganos y comisiones.

Las Naciones Unidas son mucho más que misiones de paz y foros para la resolución de conflictos. Las Naciones Unidas y su vasta red de organismos están envueltas en una serie amplísima de labores que abarcan todos los aspectos de la vida de la gente de todo el mundo.

⁴¹ Tratado internacional fundador del organismo del mismo nombre, en la que se determinan sus funciones, fines e instituciones.

⁴² BREGAGLIO LAZARTE, R., CHÁVEZ IRIGOYEN, C. (2008) *El sistema universal de protección de los derechos humanos. Cambios en la organización de Naciones Unidas y el papel de la sociedad civil. Guía práctica para defensores de los Derechos Humanos*. Lima, Félix Álvarez Torres, pág. 14.

Desde su fundación en 1945, entre los fines llevados a cabo por las Naciones Unidas, se han conseguido los siguientes objetivos⁴³:

- Mantenimiento de la paz y la seguridad.

Mediante el despliegue de fuerzas de paz y misiones de observación han conseguido restablecer la calma necesaria para permitir que los procesos de negociación sigan adelante, a la vez que se evita que millones de personas se conviertan en víctimas de los conflictos.

- Construcción de la paz.

Han obtenido el reconocimiento por haber negociado muchos tratados de paz que han terminado con conflictos regionales. Entre los casos más recientes se incluyen: el final de la guerra Irán-Iraq, la retirada de las tropas soviéticas de Afganistán y el fin de la guerra civil en El Salvador. Las Naciones Unidas han hecho de la diplomacia sosegada la herramienta para evitar guerras inminentes.

- Promoción del desarrollo.

El sistema de Naciones Unidas ha dedicado más atención y recursos a la promoción del desarrollo de las cualidades y potencialidades humanas que cualquier otro esfuerzo de ayuda externo. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en estrecha colaboración con los Estados Miembros y otros organismos de la ONU, diseña y lleva a cabo proyectos para la agricultura, la industria, la educación y el medio ambiente. Presta su apoyo a más de 5000 proyectos por lo que se trata de la mayor fuente multilateral de subvenciones para ayuda al desarrollo.

⁴³ *Vid. Opus. cit.* en nota (39).

- Promoción de los derechos humanos.

Desde que se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, las Naciones Unidas han contribuido a aprobar decenas de acuerdos completos en materia de derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales. Mediante la investigación de quejas individuales, por abusos de los derechos humanos, la Comisión de la ONU para los Derechos Humanos ha atraído la atención mundial hacia casos de tortura, desapariciones y detenciones arbitrarias, y ha conseguido que la presión internacional recaiga en los gobiernos para que mejoren sus cifras en lo relativo a los derechos humanos.

- Fortalecimiento de la normativa internacional en pro de los Derechos Humanos.

Gracias a los esfuerzos de Naciones Unidas se han firmado más de 300 tratados internacionales sobre derechos humanos.

- Suministro de ayuda humanitaria a las víctimas de conflictos armados.

Desde 1951, más de 30 millones de refugiados que huían de la guerra, la hambruna o la persecución han recibido ayuda de ACNUR, en un esfuerzo continuo coordinado por las Naciones Unidas y, a menudo, en colaboración con otros organismos.

- Promoción de los derechos de la mujer.

Uno de los objetivos a largo plazo de las Naciones Unidas ha sido el mejorar las condiciones de vida de la mujer así como darle una mayor autonomía para que pueda tener un mayor control sobre su propia vida. Durante la Década Internacional de la Mujer, patrocinada por la ONU, varios congresos establecieron una agenda para la potenciación de la mujer y sus derechos. El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Internacional de

Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) han apoyado programas y proyectos para mejorar la calidad de vida de las mujeres en más de 100 países.

- Suministro de agua potable segura.

Durante la última década del siglo XX, organismos de la ONU han trabajado para hacer llegar agua potable segura a más de 1.300 millones de personas en zonas rurales.

- Erradicación de la viruela.

El esfuerzo realizado durante 13 años por parte de la Organización Internacional de la Salud tuvo como resultado la erradicación completa de la viruela en el año 1980. Este hecho ha permitido ahorrar aproximadamente 1.000 millones de dólares al año en vacunas y supervisión, casi el triple de lo que costó eliminar la enfermedad misma.

- Presión para lograr la inmunización universal.

La polio, el tétanos, el sarampión, la tos ferina, la difteria y la tuberculosis causan aún la muerte de más de ocho millones de niños cada año. En 1974 tan solo el cinco por ciento de los niños de los países en desarrollo estaban vacunados contra estas enfermedades. Gracias a los esfuerzos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente la tasa es del 80%, lo que supone salvar la vida de más de tres millones de niños cada año.

- Reducción de la tasa de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad infantil se ha reducido a la mitad desde 1960 en países en desarrollo. En consecuencia, la esperanza de vida ha crecido de 37 a 67 años.

Esto ha sido posible gracias a la terapia de rehidratación oral, la mejora de las condiciones de salubridad, el agua y otras medidas sanitarias y relacionadas con la nutrición llevadas a cabo por organismos de la ONU.

- Lucha contra enfermedades parasitarias.

Los esfuerzos realizados por organismos de la ONU en el norte de África para eliminar el temido gusano tornillo, un parásito que se alimenta de carne humana y animal y se propaga por las moscas, evitaron que este parásito se extendiera a Egipto, Túnez, el África subsahariana y Europa. Asimismo, un programa de la OMS ha salvado a siete millones de niños de quedarse ciegos, y ha curado a muchos otros del gusano de Guinea y otras enfermedades tropicales.

- Orientación de las políticas económicas hacia las necesidades sociales.

Muchos organismos de la ONU han subrayado la necesidad de tomar nota de las necesidades humanas a la hora de hacer ajustes económicos y reestructurar políticas y programas, incluyendo medidas para salvaguardar a los pobres, especialmente en los campos de sanidad y educación.

- Reducción de las consecuencias de los desastres naturales.

La Organización Meteorológica Mundial (OMM) ha evitado que millones de personas hayan sufrido los efectos de los desastres, tanto naturales como causados por la acción humana. Su sistema de alerta previa ha proporcionado información para la dispersión de vertidos de aceite y ha predicho sequías de larga duración. El sistema ha posibilitado la distribución eficaz de ayuda alimentaria a regiones afectadas por la sequía.

- Suministro de alimentos a víctimas de emergencias.

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) distribuye cada año más de dos millones de toneladas de alimentos. Hoy en día hay más de mil millones de

personas desnutridas en el mundo. Esto significa que al menos una de cada seis personas no tiene alimentos suficientes para estar saludable y llevar una vida activa. El hambre y la desnutrición son consideradas a nivel mundial el principal riesgo para la salud.

- Protección de la capa de ozono.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la OMM han desempeñado un papel decisivo en la tarea de poner de relieve el daño causado a la capa de ozono de la tierra. Como resultado de un tratado, conocido como el tratado de Montreal, se ha producido una campaña mundial para reducir las emisiones químicas de sustancias que han causado la disminución de la capa de ozono. Este esfuerzo reducirá el riesgo de que millones de personas contraigan cáncer debido a la exposición adicional a las radiaciones ultravioletas.

- Establecimiento de "los niños como área de paz".

Desde El Salvador al Líbano, pasando por Sudán o la antigua Yugoslavia, UNICEF ha promovido la creación de "Días de Tranquilidad" y la apertura de "Pasillos de Paz" para suministrar vacunas y otro tipo de asistencia que puedan necesitar desesperadamente los niños que se ven envueltos en conflictos armados.

- Suscitar un compromiso mundial en apoyo de las necesidades de los niños.

Gracias a los esfuerzos de UNICEF, La Convención sobre los Derechos del Niño⁴⁴ entró en vigor como norma internacional en 1990, y se había convertido en disposición legal en 166 países a finales de septiembre de 1994. Tras la Cumbre Mundial para los Niños de 1990, convocada por UNICEF, más de 150 gobiernos se comprometieron a alcanzar más de 20 objetivos específicos apreciables con el fin de mejorar radicalmente las vidas de los niños para el año 2000.

⁴⁴ Organización de las Naciones Unidas. (1989) Convención sobre los derechos del niño. Resolución de la Asamblea General 44/25, de 20 de noviembre de 1989. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

Hoy en día, la Organización no es solo uno de los principales proveedores de socorro de emergencia y de asistencia, a más largo plazo, sino que actúa como catalizadora de actividades de los gobiernos y otros organismos de socorro y como defensora de las personas afectadas por las situaciones de emergencia.

II.3.1 ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

Si las Naciones Unidas se establecieron en 1945 por 51 países resueltos a mantener la paz mediante la cooperación internacional y la seguridad colectiva, hoy en día casi todas las naciones del mundo son Miembros de las Naciones Unidas. Cuando los Estados pasan a ser Miembros de las Naciones Unidas convienen en aceptar las obligaciones de la Carta de las Naciones Unidas, que es un tratado internacional en el que se establecieron los principios fundamentales de las relaciones internacionales⁴⁵ que proporcionan los medios necesarios para encontrar soluciones a los conflictos internacionales y formular políticas sobre asuntos que nos afectan a todos.

Las Naciones Unidas tienen seis órganos principales (Anexo I); cinco de ellos, la Asamblea general, el Consejo de Seguridad, el Consejo Económico y Social, el Consejo de Administración Fiduciaria y la Secretaría, se encuentran en la Sede, en Nueva York; el sexto, la Corte Internacional de Justicia, se encuentra en la Haya (Países Bajos).

- La Asamblea General.

Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas están representados en la Asamblea General, que se reúne en períodos ordinarios y extraordinarios de sesiones para examinar los problemas más apremiantes del mundo. Cada uno de

⁴⁵ Vid. *Opus. cit.* en nota (1).

los Estados Miembros tiene un voto. Las decisiones sobre cuestiones importantes, como la paz y seguridad internacional, la admisión de nuevos miembros o el presupuesto de las Naciones Unidas, se adoptan por una mayoría de dos tercios. Otras cuestiones se deciden por mayoría simple.

La Asamblea no puede obligar a ningún Estado a que adopte medidas, pero sus recomendaciones son una indicación importante de opinión mundial y representan la autoridad moral de la comunidad de naciones.

- El Consejo de Seguridad.

La Carta de las Naciones Unidas asigna la responsabilidad primordial de la tarea de mantener la paz y la seguridad internacionales al Consejo de Seguridad, que puede reunirse en cualquier momento siempre que la paz se vea amenazada. Con arreglo a lo dispuesto en la Carta, todos los Estados Miembros están obligados a acatar las decisiones del Consejo de Seguridad.

El Consejo está integrado por quince miembros, cinco de éstos son miembros permanentes: China, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Francia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; los otros 10 son elegidos por la Asamblea General por períodos de dos años. La adopción de una decisión del Consejo requiere nueve votos a favor. Salvo en los casos de votaciones sobre cuestiones de procedimiento, no se puede adoptar una decisión si uno de los miembros permanentes la veta o se abstiene.

Cuando el Consejo examina una amenaza a la paz internacional, primero explora las posibilidades de solucionar la controversia por medios pacíficos, pudiendo adoptar medidas para hacer que sus decisiones se cumplan.

El Consejo es el organismo que recomienda a la Asamblea General su candidato para el cargo de Secretario General y propone la admisión de nuevos miembros de las Naciones Unidas.

- El Consejo Económico y Social.

Bajo la autoridad general de la Asamblea General, este Consejo coordina la labor económica y social de las Naciones Unidas.

El Consejo Económico y Social está integrado por 54 miembros, elegidos por la Asamblea General por períodos de tres años. Se reúne a lo largo de todo el año, y en julio celebra un período de sesiones sustantivo durante el cual un grupo de ministros de alto nivel examina importantes cuestiones económicas, sociales y de índole humanitaria.

- El Consejo de Administración Fiduciaria.

El Consejo de Administración Fiduciaria fue establecido para brindar supervisión internacional a once Territorios en fideicomiso administrados por siete Estados Miembros y garantizar que se tomaran las medidas apropiadas para preparar a esos territorios para la autonomía o la independencia.

Este Consejo suspendió su labor el 1 de octubre de 1994, después de que el territorio de las Islas del Pacífico, el último territorio en fideicomiso, fuera independiente.

- La Corte Internacional de Justicia.

La Corte Internacional de Justicia, también conocida como la Corte Mundial, es el principal órgano judicial de las Naciones Unidas. Integrada por 15 magistrados elegidos conjuntamente por la Asamblea General y el Consejo de Seguridad de manera independiente y simultánea, la Corte dirime controversias entre los países, basándose en la participación voluntaria de los países interesados. Si un Estado acepta participar, queda obligado a acatar la decisión de la Corte.

- La Secretaría.

La Secretaría lleva a cabo la labor sustantiva y administrativa de las Naciones Unidas según le indican la Asamblea General, el Consejo de Seguridad y los demás órganos. Al frente de la Secretaría está el Secretario General, quien proporciona orientación administrativa de carácter general.

La Secretaría consta de departamentos y oficinas, con una plantilla de aproximadamente 7.500 funcionarios, prevista en el presupuesto ordinario, que proceden de unos 170 países.

A parte de estos seis organismos principales, las Naciones Unidas están formadas por organismos especializados, organizaciones relacionadas, fondos y otros organismos.

Los organismos especializados, entre los que figura la OMS, son órganos autónomos creados mediante acuerdos intergubernamentales que tienen responsabilidades de amplio alcance, a nivel internacional, en las esferas económica, social, cultural, educativa, de salud y esferas conexas.

Además, varias oficinas, programas y fondos de las Naciones Unidas trabajan con miras a mejorar las condiciones económicas y sociales de los pueblos de todo el mundo y presentan informes a la Asamblea General o al Consejo Económico y Social.

Todas estas organizaciones cuentan con sus propios órganos rectores, presupuestos y secretarías. Junto con las Naciones Unidas, se conocen como el sistema de las Naciones Unidas, y en conjunto prestan asistencia técnica y otras formas de ayuda en prácticamente todas las esferas económicas y sociales.

II.3.2 COOPERACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA

En cualquier lugar y en cualquier momento pueden ocurrir desastres que requieran asistencia humanitaria. Ya sea una inundación, una sequía, un terremoto o un conflicto, todo desastre de carácter humanitario ocasiona pérdida de vidas, desplazamiento de poblaciones, imposibilidad de las comunidades para mantenerse y grandes sufrimientos. Ante los desastres, el sistema de organización de las Naciones Unidas proporciona alimentos, asilo, medicamentos y apoyo logístico a las víctimas, la mayoría de ellos niños, mujeres y ancianos.

A fin de sufragar esa asistencia y hacer que llegue a quienes la necesitan, las Naciones Unidas han recaudado de los donantes internacionales miles de millones de dólares. Sin embargo, la prestación de asistencia humanitaria exige que las Naciones Unidas superen sobre el terreno importantes limitaciones logísticas y de seguridad⁴⁶. En numerosas ocasiones se ha negado el acceso del personal que presta asistencia humanitaria a las personas que la necesitaban y a veces las partes en conflicto han atacado de manera deliberada a civiles y funcionarios que prestaban asistencia. A fin de evitar las violaciones de derechos humanos en tiempos de crisis, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) ha desempeñado un papel cada vez más activo en las actividades de emergencia de las Naciones Unidas.

Las Naciones Unidas coordinan sus actividades de asistencia humanitaria en situaciones de crisis por conducto de un comité constituido por todos los órganos humanitarios principales, comité que preside el Coordinador del Socorro de Emergencia de las Naciones Unidas⁴⁷. Entre los miembros se encuentran UNICEF, PNUD, PMA y ACNUR. Asimismo, están representadas otras organizaciones de las Naciones Unidas, como también las principales organizaciones no gubernamentales y organizaciones humanitarias intergubernamentales, como el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

⁴⁶ Organización de las Naciones Unidas. Descripción de la ONU. www.organizaciondelasnacionesunidas.blogspot.com. Disponible en vers. html, 16-12-2011.

⁴⁷ Organización de las Naciones Unidas. <http://www.un.org>. Disponible en vers. html, 22-12-2011.

El Coordinador del Socorro de Emergencia de las Naciones Unidas se encarga de formular la política relacionada con las actividades humanitarias y de promover las cuestiones humanitarias además de colaborar para hacer cobrar conciencia, por ejemplo, de las consecuencias derivadas de la proliferación de las armas pequeñas o de los efectos humanitarios de las sanciones.

Los órganos humanitarios principales de las Naciones Unidas que intervienen en actividades de asistencia humanitaria son⁴⁸:

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Las personas que han huido de la guerra, de la persecución o de los abusos de los derechos humanos, refugiados y personas desplazadas, reciben la asistencia del ACNUR. Durante más de cinco décadas del siglo XX ACNUR ha ayudado a unos 50 millones de personas a reiniciar sus vidas. Hoy unos 6.300 funcionarios en más de 110 países siguen ayudando a 32,9 millones de personas.

- Programa Mundial de Alimentos (PMA)

El PMA es la mayor organización humanitaria del mundo, y proporciona asistencia alimentaria de emergencia en todo el mundo. En 2006 distribuyó alimentos a 110 millones de personas en 78 países, incluidos 87,5 millones de niños que padecen hambre.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Unos 300.000 niños han sido reclutados como soldados en los últimos 10 años del siglo XX, un período en el que la guerra ha causado la muerte a 2 millones de ellos y ha herido o discapacitado permanentemente a otros 6 millones. Las guerras y los conflictos civiles también han producido 13 millones de niños desplazados internos y 10 millones de niños refugiados, muchos de ellos separados de sus

⁴⁸ Vid. *Opus. cit.* en nota (39).

padres. UNICEF procura satisfacer las necesidades de esos niños mediante el suministro de alimentos, agua potable, medicamentos y refugio. UNICEF también ha promovido el concepto de "los niños como zona de paz" y ha creado los "días de tregua" y los "corredores de paz" para ayudar a proteger a los niños en los conflictos armados y proporcionarles servicios esenciales.

La prevención de desastres y la preparación para situaciones de emergencia también forman parte de las actividades humanitarias de las Naciones Unidas. Cuando ocurren desastres, el PNUD coordina la labor de socorro en el plano local y promueve al tiempo la recuperación y el desarrollo a largo plazo.

- - Fondo central para la acción en casos de emergencia (CERF)

El CERF es un fondo de reserva que se estableció en 2005 por las Naciones Unidas para permitir asistencia humanitaria de forma más oportuna y fidedigna a los afectados por desastres naturales y conflictos armados. Asegura que los fondos se asignen adonde más se necesitan en la red de organizaciones internacionales de asistencia. El Fondo fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas para asistir a todas las posibles víctimas de desastres.

II.3.3 DERECHOS HUMANOS Y RELACIONES INTERNACIONALES

Los derechos humanos se entienden como aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, orientación sexual, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente, por lo que se consideran fuente del derecho, en concreto, derecho natural. Desde un punto de vista más concreto, los derechos humanos se han definido como las condiciones que permiten crear

una relación integrada entre la persona y la sociedad, que permita a los individuos ser personas jurídicas, identificándose consigo mismos y con los otros⁴⁹. Habitualmente, se definen como inherentes a la persona, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables. Por definición, el concepto de derechos humanos es universal e igualitario así como incompatible con los sistemas basados en la superioridad de una casta, raza, pueblo, grupo o clase social determinados. Según la concepción tradicional, son además atemporales e independientes de los contextos sociales e históricos.

El principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos⁵⁰. Este principio, tal como se destacara inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se ha reiterado en numerosos convenios, declaraciones y resoluciones internacionales de derechos humanos.

Todos los Estados han ratificado al menos uno, y el 80 por ciento de ellos cuatro o más, de los principales tratados de derechos humanos, reflejando así el consentimiento de los Estados para establecer obligaciones jurídicas que se comprometen a cumplir confiriéndole así al concepto de universalidad una expresión concreta. Dado que los derechos humanos son inalienables no deben suprimirse, salvo en determinadas situaciones y con las debidas garantías procesales.

Los Derechos Humanos sufrieron una división en tres generaciones. Esta división fue concebida por primera vez en 1979 y asocia cada generación a uno de los grandes valores proclamados en la Revolución Francesa: libertad, igualdad y fraternidad.

⁴⁹ Vid. Consejo Holandés de Asesoramiento de Cuestiones Internacionales. (1998) Universalidad de los derechos humanos y diversidad cultural. La Haya.

⁵⁰ Vid. RODRÍGUEZ PINZÓN, D., MARTÍN C., OJEDA QUINTANA, T. (1999) La dimensión internacional de los derechos humanos. Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo American University.

Los derechos de primera generación son los derechos civiles y políticos, vinculados con el principio de libertad. Generalmente son los considerados derechos de defensa o negativos, que exigen de los poderes públicos su inhibición y no injerencia en la esfera privada.

Los derechos de segunda generación son los derechos económicos, sociales y culturales, que están vinculados con el principio de igualdad. Exigen para su realización efectiva de la intervención de los poderes públicos, a través de prestaciones y servicios de la comunidad.

La tercera generación de derechos se vincula con la solidaridad. Los unifica su incidencia en la vida de todos, a escala universal, por lo que precisan para su realización una serie de esfuerzos y cooperaciones en un nivel mundial. Normalmente se incluyen en ella derechos heterogéneos como el derecho a la paz o la calidad de vida.

Es importante diferenciar y no confundir los derechos humanos con los derechos constitucionales. Aunque generalmente los derechos humanos se suelen recoger dentro de los derechos constitucionales, no siempre es así ya que el concepto de derechos humanos pertenece más bien al ámbito de la Filosofía del Derecho⁵¹.

Todos los derechos humanos, son derechos indivisibles, están interrelacionados y son interdependientes. El avance de uno facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de uno de ellos afecta negativamente a los demás.

Independientemente de la actividad realizada por parte de las Naciones Unidas, éstas desarrollan su actividad en cooperación con otro tipo de organizaciones como son:

⁵¹ Vid. GÓMEZ PÉREZ, R. (1995) *Mis derechos*. Madrid, El Drac.

- El Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Unión Europea (ECHO);
- las ONG como Médicos Sin Fronteras y Farmamundi y;
- las Organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) como Motores Sin Fronteras y Fundación Hemisferios.

Gracias a este tipo de relaciones internacionales establecidas por las Naciones Unidas la ayuda humanitaria puede llegar de forma más rápida y específica a un mayor número de personas en todo el mundo.

TERCERA PARTE:
ESENCIALES PARA LA VIDA

CAPÍTULO III LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA UNA DONACIÓN HUMANITARIA

La iniciativa de la Buena Donación Humanitaria⁵² fue puesta en marcha por un conjunto de países en el año 2003 en Estocolmo en una reunión convocada por el Gobierno Sueco con el objetivo de mejorar la rendición de cuentas de los donantes y asegurar que la ayuda humanitaria sea eficaz y se ajuste a los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia y universalidad.

Los representantes de los dieciséis gobiernos donantes asistentes⁵³, la Comisión Europea, la OCDE, el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, ONG y académicos, acordaron entonces en Estocolmo, el 17 de junio de 2003, una serie de principios con el fin de guiar la asignación de recursos oficiales de carácter humanitario.

Los veintitrés Principios y Buenas Prácticas de la Donación Humanitaria, además de establecer los objetivos y principios generales de la ayuda humanitaria proporcionada por los países signatarios⁵⁴, identifican buenas prácticas para la financiación, la promoción de normas básicas y mejora de la ejecución, el aprendizaje y la responsabilidad en la ayuda humanitaria y proporcionan un marco para orientar a la ayuda oficial humanitaria y un mecanismo para fomentar una mayor responsabilidad de los donantes.

⁵² Good Humanitarian Donorship (GHD).

⁵³ Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, los Países Bajos, Suecia, Suiza y el Reino Unido.

⁵⁴ Tras la presentación de la iniciativa en Estocolmo, se han ido celebrando reuniones periódicas que revisan el progreso de la iniciativa y los retos a los que se enfrenta y en las que se deciden las acciones a emprender en el siguiente año. Asimismo, estas convenciones han servido para que otros gobiernos se unan a la iniciativa de la que en 2012 ya formaban parte 37 donantes: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Bulgaria, Canadá, Chipre, la Comisión Europea, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Irlanda, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Corea, Rumania, Suecia y Suiza.

Se redactaron para mejorar la coherencia y la eficacia de la acción de los donantes, así como para mejorar la responsabilidad de los beneficiarios, las organizaciones de desarrollo y grupos nacionales, con respecto a la financiación, la coordinación, el seguimiento y la evaluación de dichas acciones.

Estos principios se dividen en tres bloques⁵⁵:

- Objetivos y definición de la acción humanitaria:

1. Los objetivos de la acción humanitaria son: salvar vidas, aliviar el sufrimiento y mantener la dignidad humana durante y después de las crisis, provocadas por el hombre o por desastres naturales, así como prevenir y reforzar la capacidad de respuesta para cuando sobrevengan tales situaciones.

2. La acción humanitaria debería guiarse por los principios humanitarios de:

- humanidad, que transmite la importancia de salvar vidas y aliviar el sufrimiento allí donde se dé;

- imparcialidad, que significa emprender las acciones humanitarias basándose únicamente en las necesidades de las personas, sin discriminación entre las poblaciones afectadas ni dentro de ellas;

- neutralidad, entendida como que la acción humanitaria no debe favorecer a ningún bando en un conflicto armado o a ninguna de las partes en una disputa allí donde la acción humanitaria se esté llevando a cabo;

- independencia, como la autonomía de los objetivos humanitarios respecto de los objetivos políticos, económicos, militares u otros que cualquier organización pueda tener en las zonas donde la acción humanitaria se está realizando.

⁵⁵ Vid. ARIAS, M. (2008) La buena donación humanitaria. Madrid. Intermón Oxfam.

3. La acción humanitaria incluye la protección de civiles y de aquellos que ya no tomen parte en las hostilidades, y la provisión de agua, comida y saneamiento, refugio, atención sanitaria y otros tipos de asistencia, emprendidos a favor de las personas afectadas y para facilitar el retorno a la vida normal y a su medio de sustento.

- Principios generales:

4. Respetar y promover la aplicación del derecho internacional humanitario, la legislación sobre refugiados y los derechos humanos.

5. Al tiempo que se reafirma la responsabilidad principal de los estados ante las víctimas de emergencias humanitarias dentro de sus propias fronteras, procurar asegurar una financiación flexible y rápida basada en la obligación colectiva de hacer lo posible para satisfacer las necesidades humanitarias.

6. Destinar fondos humanitarios en proporción a las necesidades y de acuerdo con un análisis de necesidades.

7. Solicitar que las organizaciones humanitarias ejecutoras garanticen, en el mayor grado posible, una implicación adecuada de los beneficiarios en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de la respuesta humanitaria.

8. Fortalecer la capacidad de los países y las comunidades locales afectados para prevenir, prepararse, mitigar y responder a las crisis humanitarias, con el fin de asegurarse de que los gobiernos y las comunidades locales estén lo mejor capacitadas para cumplir con sus responsabilidades y coordinarse de modo efectivo con sus socios humanitarios.

9. Proporcionar asistencia humanitaria que favorezca la recuperación y el desarrollo a largo plazo, esforzándose por garantizar el apoyo, cuando sea el caso, a la conservación y el retorno a un modo de vida sostenible y la transición desde la ayuda humanitaria hacia actividades de recuperación y desarrollo.

10. Apoyar y promover la función central y única de las Naciones Unidas de liderazgo y coordinación de la acción humanitaria internacional, la especial función del CICR y el papel vital de las Naciones Unidas, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y de las organizaciones no gubernamentales en la implementación de la acción humanitaria.

- Buenas prácticas para la financiación, gestión y responsabilidad de los donantes:

- Financiación.

11. Esforzarse por asegurar que la financiación de la acción humanitaria en nuevas crisis no vaya en perjuicio de la satisfacción de las necesidades de crisis en curso.

12. Reconociendo la necesidad de proporcionar una respuesta dinámica y flexible a las necesidades cambiantes en las crisis humanitarias, esforzarse por asegurar la previsión y flexibilidad en la financiación a agencias de las Naciones Unidas, fondos y programas y otras organizaciones humanitarias clave.

13. Al tiempo que se insiste en la importancia de establecer una planificación financiera y una definición de prioridades transparentes y estratégicas por parte de las organizaciones ejecutoras, explorar la posibilidad de reducir las asignaciones específicas, o mejorar su flexibilidad, y de introducir acuerdos de financiación a largo plazo.

14. Contribuir responsablemente, y sobre la base del reparto de la carga, a los llamamientos inter-agencias de las Naciones Unidas y a los llamamientos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna; y apoyar activamente la formalización de Planes de Acción Humanitaria Común (CHAP) como instrumento primordial de planificación estratégica y de coordinación de emergencias complejas.

- Promoción de normas básicas y mejora de la ejecución.

15. Solicitar que las organizaciones humanitarias se adhieran a las buenas prácticas y se comprometan a promover la rendición de cuentas, la eficacia y la eficiencia en el desempeño de la acción humanitaria.

16. Promover el uso de las directrices y principios del Comité Permanente Interagencial en las actividades humanitarias, los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos y el Código de Conducta de 1994 para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna y las organizaciones no gubernamentales en actividades de socorro.

17. Estar preparados para ofrecer apoyo en la ejecución de acciones humanitarias, incluido el facilitar acceso seguro.

18. Apoyar los mecanismos de planificación de contingencias de las organizaciones humanitarias incluida, cuando sea el caso, la asignación de fondos para fortalecer la capacidad de respuesta.

19. Afirmar el papel primordial de organizaciones civiles en el desempeño de la acción humanitaria, particularmente en zonas afectadas por conflictos armados. En situaciones en las que se utilizan la capacidad y los recursos militares para apoyar la acción humanitaria, garantizar que ese uso es conforme al derecho internacional humanitario y a los principios humanitarios, y que reconoce la función de liderazgo de las organizaciones humanitarias.

20. Apoyar la aplicación de las Directrices sobre el Uso de Recursos de Defensa Militar y Civil en el socorro ante desastres de 1994 y las Directrices sobre el Uso de Recursos de Defensa Militar y Civil para Apoyar Actividades Humanitarias de Naciones Unidas en Emergencias Complejas de 2003.

- Aprendizaje y responsabilidad.

21. Apoyar las iniciativas de aprendizaje y rendición de cuentas para un eficiente y eficaz desempeño de la acción humanitaria.

22. Promover evaluaciones regulares de las respuestas internacionales a crisis humanitarias, incluyendo las evaluaciones sobre la actuación de los donantes.

23. Asegurar un alto grado de precisión, puntualidad y transparencia en los informes de los donantes sobre el gasto oficial en asistencia humanitaria, y animar la elaboración de formatos estandarizados para facilitar esta información.

CAPÍTULO IV MEDICAMENTOS ESENCIALES

De acuerdo con la definición de la OMS los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades sanitarias prioritarias de la población, es decir, los “considerados de la máxima importancia y por lo tanto, básicos, indispensables y necesarios”⁵⁶. Lo que se pretende es que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas que se requieran, con una calidad e información garantizada, y a un precio asequible para los individuos y para la comunidad. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa⁵⁷.

Cuando están disponibles, son asequibles, poseen una calidad garantizada y se usan de modo apropiado, los medicamentos esenciales salvan vidas y mejoran la salud. No obstante, la falta de acceso a los medicamentos esenciales sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial. Aunque tras la introducción del concepto de medicamentos esenciales, el acceso a los medicamentos esenciales ha progresado de forma considerable (Gráfico 1), no todo el mundo se ha beneficiado en igual medida del mejoramiento de la prestación de servicios de atención de salud ni de los tratamientos eficaces y de bajo costo con medicamentos esenciales.

⁵⁶ ANTEZANA, F., SEUBA, X. (2008) *Medicamentos Esenciales. Historia de un desafío*. Barcelona, Icaria Editorial S.A. pág. 23.

⁵⁷ Vid. Organización Mundial de la Salud. (Junio 2010) Medicamentos: Medicamentos Esenciales. Nota descriptiva N° 325

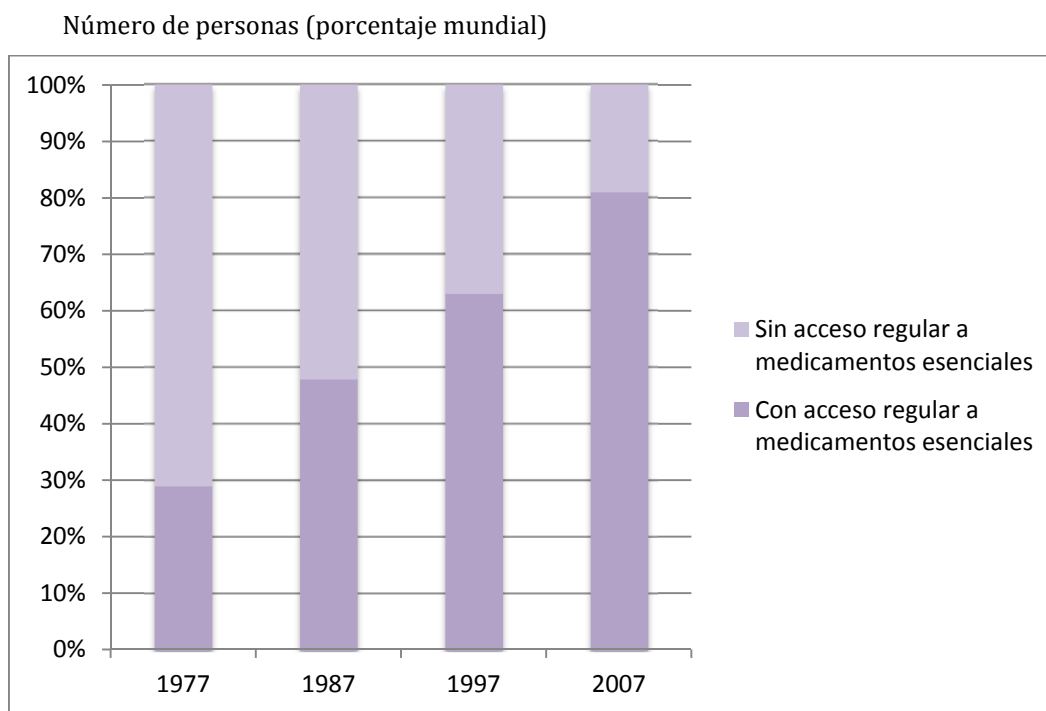


Gráfico 1. El número total de personas con acceso a los medicamentos esenciales ha aumentado de aproximadamente el 28% en 1977 a una cifra de más del 80% en 2007.

Fuente: Elaboración propia.

Los principales problemas relacionados con el acceso a los medicamentos esenciales que pueden obstaculizar el mejoramiento de la salud son⁵⁸:

- Acceso no equitativo: aproximadamente un 20% de la población mundial carece de acceso regular a los medicamentos esenciales; en las zonas más pobres de África y Asia esta cifra es de más del 50%.
- Reformas sanitarias: en muchos países de ingresos bajos y medios, las reformas del sector de la salud han producido una financiación pública insuficiente de la sanidad.

⁵⁸ Vid. Organización Mundial de la Salud. (2004) Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. En *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

- **Financiación de los medicamentos:** en muchos países de ingresos elevados, más del 70% de los productos farmacéuticos tienen financiación pública, mientras que en los de ingresos bajos y medios, el gasto público en medicamentos no cubre las necesidades básicas de los mismos de la mayoría de la población. En estos países entre un 50% y un 90% de los medicamentos son pagados por los propios pacientes.
- **Costos del tratamiento:** los elevados costos de los tratamientos con medicamentos esenciales para la tuberculosis, el VIH/Sida, las infecciones bacterianas y la malaria son inasequibles para muchos países de ingresos bajos y medios.
- **Globalización:** los acuerdos comerciales mundiales pueden poner en peligro el acceso a los medicamentos esenciales más recientes en los países de ingresos bajos y medios.

Mejorar el acceso a los medicamentos esenciales es quizás el reto más complejo al que se enfrentan todos los agentes del sector público, del sector privado y de las ONG que trabajan en el suministro de medicamentos, quienes deben combinar sus esfuerzos y conocimientos, y colaborar para encontrar soluciones. Son muchos los factores que definen el nivel de acceso, tales como la financiación, los precios, los sistemas de distribución o dispensación y el uso apropiado de los medicamentos esenciales.

La OMS ha formulado un marco con cuatro componentes para orientar y coordinar las acciones colectivas relacionadas con el acceso a los medicamentos esenciales (Gráfico 2), marco que también ha sido adoptado por los principales asociados de la OMS.



Gráfico 2. Marco para la acción colectiva establecido por la OMS acorde con los Objetivos de Desarrollo del Milenio con el fin de mejorar el acceso a los medicamentos esenciales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2004) Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. En *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

El concepto de medicamentos esenciales está ligado al de política farmacéutica nacional. La adopción de una política farmacéutica nacional basada en el concepto de fármacos esenciales promueve la eficiencia de la gestión farmacéutica, puesto que las decisiones a tomar se concentran sobre unos pocos fármacos. La selección de una serie de medicinas esenciales introduce un elemento de racionalidad en el abanico farmacológico y refuerza la posición negociadora de las autoridades, permitiendo emplear mejor los recursos disponibles y orientando la decisión sobre la financiación pública.

La disponibilidad de estos medicamentos se ve comprometida en los países en vías de desarrollo por varios factores tales como los deficientes sistemas de suministro y distribución, las escasas inversiones en salud y el elevado costo de los medicamentos. El establecimiento de una lista de medicamentos esenciales para las necesidades de atención sanitaria de la población pretende ayudar a los países a establecer prioridades con respecto a la compra y distribución de los medicamentos reduciendo así los costos para el sistema de salud.

El concepto de medicamentos esenciales surgió en una época de grandes cambios en la cooperación sanitaria internacional. En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud refrendó la estrategia “Salud para Todos en el Año 2000”⁵⁹ que, a través de la atención primaria de la salud, proponía conseguir que todos los ciudadanos del mundo alcanzaran en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida económica y socialmente productiva. La equidad, la dimensión comunitaria y la concepción integral de la salud subyacían a la “Estrategia Salud para Todos”. Los medicamentos esenciales no solo eran un elemento clave para el éxito de dicha estrategia sino que también participaron de su misma filosofía. Así, la estrategia “Salud para Todos” se proponía “seleccionar la tecnología apropiada para cada país en términos científicos, adaptable a las distintas circunstancias locales, aceptable por parte de aquellos a quien está dirigida, y asequible económicamente”⁶⁰. Sin embargo, dicho objetivo no consiguió cumplirse, según los críticos por la falta de voluntad médica, política e ideológica.

En términos parecidos, el concepto de medicamentos esenciales se basa en la selección de fármacos según las necesidades sanitarias locales, los recursos financieros, y el sistema sanitario existente.

⁵⁹ Se trata del lema adoptado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. La conferencia fue organizada por la OMS en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF, y fue patrocinada por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresó en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos.

⁶⁰ *Vid. Opus. cit.* en nota [56].

En mayo de 1975 el doctor Halfdan T. Mahler (Vivild (Dinamarca) 1923 -)⁶¹, médico danés, tercer Director General de la OMS; incidió ante los Estados Miembros de la OMS, representados en la Asamblea Mundial de la Salud, en la necesidad de desarrollar políticas farmacéuticas nacionales basadas en la accesibilidad, calidad y disponibilidad de los fármacos. Los Estados respondieron al informe del director general adoptando una resolución en apoyo a las políticas farmacéuticas nacionales que atendieran a las necesidades sanitarias reales, e instaron al Secretariado de la OMS a asistir a los estados en la formulación de las mismas. Poco después, los conceptos de “medicamentos esenciales”⁶² y “política farmacéutica nacional”⁶³ entrarían en el vocabulario de la salud pública global.



Figura 5. Doctor Halfdan T. Mahler,

⁶¹ Doctor Halfdan T. Mahler, Director General de la OMS durante los años 1973-1988. Es ampliamente conocido por su esfuerzo para combatir la tuberculosis y su papel en la formación de la histórica Declaración de Alma Ata que definió la Estrategia Salud para Todos en el año 2000.

⁶² Concepto definido en pág. 56.

⁶³ Una política farmacéutica nacional es un compromiso adoptado con un objetivo y una guía de acción. Suministra un marco dentro del cual se pueden coordinar las actividades del sector farmacéutico. Abarca los sectores tanto público como privado, e implica a todos los protagonistas del ámbito farmacéutico.

Después de trabajar durante el año 1976 en la recopilación de prácticas nacionales basadas en listas de medicamentos básicos y centrándose en las necesidades de los países en desarrollo, las prioridades en salud y la atención primaria de salud, se celebró en octubre de 1977 en la sede de la Secretaría de la OMS la primera reunión del Comité de Expertos sobre Selección de Medicamentos Esenciales a raíz de la cual la OMS adoptó el concepto de medicamentos esenciales.

Ese mismo año, la OMS elaboró la primera Lista de Medicamentos Esenciales⁶⁴ partiendo de experiencias previas que arrancan de los años 60 del siglo XX en la que diversos países en desarrollo iniciaron políticas de racionalización del gasto farmacéutico con el fin de conseguir un mayor y mejor acceso a los fármacos.

En el seno de la OMS, el concepto de medicamentos esenciales lo implementó inicialmente la Unidad de Políticas y Gestión Farmacéuticas, creada en 1977 en el seno de la División de Sustancias de Diagnóstico, Profilácticas y Terapéuticas. La nueva Unidad llevó a cabo importantes labores entre las que, de modo más significativo destacan, la reunión de expertos que confeccionó la primera Lista Modelo, la convención del Grupo de Trabajo sobre Medicamentos, y la preparación de un informe dirigido a la Asamblea Mundial de la Salud de 1978 proponiendo la líneas básicas de acción en materia de fármacos esenciales. La Asamblea Mundial de la Salud respondió a dicho informe aprobando una resolución en la que instó a sus países miembros a establecer listas de medicamentos esenciales, optimizar sus sistemas de suministro de fármacos, adoptar legislación y cooperar con la OMS y otros organismos para alcanzar dichos objetivos⁶⁵.

Esta lista tenía como objetivo principal el establecer un modelo metodológico de selección de medicamentos esenciales que pudiera servir de ayuda a las políticas farmacéuticas de los países y, muy especialmente, de los países en vías de desarrollo. Por esto los medicamentos esenciales se relacionan hoy día con los bienes públicos y con los derechos humanos.

⁶⁴ La primera Lista de Medicamentos Esenciales constaba de 220 medicamentos principales y complementarios.

⁶⁵ *Vid. Opus. cit.* en nota [56].

La Lista de Medicamentos Esenciales facilita el control de la disponibilidad de los fármacos, el control de precios y la corrección de las donaciones, a la vez que optimiza la distribución y adquisición de medicamentos, puesto que reduce los productos a almacenar y distribuir.

Desde ese año y con una periodicidad bienal, la OMS publica la *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales*⁶⁶ (Anexo II) que tiene por objeto identificar los medicamentos costo eficientes para las afecciones prioritarias de forma que cada país pueda posteriormente adaptar su lista nacional de medicamentos esenciales. Su contenido no es obligatorio, sino que se trata de una lista indicativa. Los fármacos que recoge no son igual de esenciales para todos los países, por lo que las autoridades sanitarias deberán tener en cuenta las particulares características epidemiológicas del país, sus recursos humanos y financieros.

La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales es actualizada por el Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales mediante un proceso transparente basado en datos probatorios⁶⁷. Actualmente se compone de más de 350 medicamentos que ofrecen opciones terapéuticas basadas en las mejores pruebas disponibles para afecciones prioritarias tales como el paludismo, el VIH/sida, la tuberculosis, los problemas relacionados con la reproducción o enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes. Los medicamentos esenciales figuran en la Lista con sus denominaciones comunes internacionales (DCI) o con sus nombres genéricos, sin especificar el fabricante.

La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS puede servir de base para la adquisición y suministro de medicamentos en los sectores público y privado, para los planes de reembolso del costo de los medicamentos, para las donaciones de medicamentos y para orientar la producción local de los mismos.

⁶⁶ World Health Organization (2013) Model List of Essential Medicines. 18th List, April 2013. Ginebra. WHO.

⁶⁷ *Vid. Loc. cit.* en nota (57).

Esta Lista se ha utilizado a posteriori para la elaboración de listas internacionales orientadas a problemas especiales, como el Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia o la Lista de medicamentos esenciales para la salud reproductiva⁶⁸. Muchas organizaciones internacionales como UNICEF, ACNUR, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONG y organismos internacionales de suministro sin ánimo de lucro, han adoptado el concepto de medicamentos esenciales y basan actualmente su sistema de suministro de medicamentos en la Lista Modelo de la OMS.

En 1979 la OMS creó el Programa de Acción en Medicamentos Esenciales (PAME), aunque no entró en funcionamiento hasta 1981, cuando desapareció la Unidad de Políticas y Gestión Farmacéuticas.

El PAME se concibió como un programa operativo mundial, es decir, desarrollado conjuntamente por la Sede y las Oficinas Regionales de la OMS. El PAME nació con el objetivo de apoyar a los Estados para que desarrollaran políticas farmacéuticas nacionales y aseguraran el suministro regular de un número seleccionado de vacunas y fármacos seguros y efectivos, de calidad aceptable y al menor coste posible.

Inicialmente, el PAME presentó notables problemas financieros y de orientación que alimentaron las críticas por parte de la industria y de algunos países. Por su parte, el propio Programa apuntó en 1982, ante el Consejo Ejecutivo de la OMS, que la falta de recursos económicos impedía el desarrollo de sus actividades. Poco después tres hechos cruciales en los planos operacional, político e institucional pusieron fin al turbulento inicio del PAME.

- En primer lugar, la Agencia Danesa de Cooperación Internacional acordó con la OMS, UNICEF y las autoridades de Tanzania implementar en este país una política de medicamentos esenciales que sirviera de ejemplo de lo que se podía conseguir.

⁶⁸ El Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia y la Lista de Medicamentos Esenciales para la Salud Reproductiva fueron publicados por primera vez en el año 2006.

- En segundo lugar, los Estados Miembros de la OMS aprobaron en 1982 las principales líneas de acción del PAME, adoptando la Asamblea Mundial de la Salud un programa de acción que recogía los elementos principales de la política farmacéutica nacional.
- El último salto cualitativo se dio en 1983, cuando el PAME se transfirió de la División de Sustancias de Diagnóstico, Profilácticas y Terapéuticas a la Oficina del Director General, dotándole así de más visibilidad, apoyo y protección.

Tras unos años duros en los que se trabajó para convencer a propios y a extraños sobre la conveniencia de desarrollar políticas farmacéuticas basadas en el concepto de medicamentos esenciales, en 1983 se trazó el plan de trabajo del PAME, identificándose como principal tarea la asistencia a los países para conseguir el acceso a los medicamentos. En el plano operativo, y con el objetivo de difundir el concepto de medicamentos esenciales, el PAME se implicó directamente en cada región consiguiéndose así una relación mutuamente enriquecedora: por un lado, el programa proporcionaba asistencia técnica a los países, mientras que por otro lado, la experiencia generada servía para promocionar el concepto de medicamentos esenciales y la necesidad de desarrollar políticas farmacéuticas nacionales.

Progresivamente y para lograr sus objetivos, el PAME instrumentó cuatro cauces de actuación distintos:

- el análisis de la situación farmacéutica de un país;
- el desarrollo de un plan de implementación de una política farmacéutica nacional ligada a una política nacional de salud;
- el apoyo reforzado en todos los aspectos de la política farmacéutica; y,
- el apoyo en áreas técnicas concretas.

En 1984 la Asamblea Mundial de la Salud promocionó el desarrollo de actividades destinadas a fomentar el uso racional de fármacos, apuntando la importancia de la mejora del conocimiento, el intercambio de información y el control de las prácticas publicitarias. La Conferencia de Expertos sobre el Uso Racional de Medicamentos, celebrada en Nairobi en 1985, impulsó la Estrategia Revisada de Medicamentos, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1986. La Conferencia de Nairobi consiguió un consenso en torno a la necesidad de desarrollar políticas nacionales basadas en el concepto de medicamentos esenciales y se convirtió en el inicio de los esfuerzos internacionales destinados a promover el uso racional de fármacos⁶⁹.

Posteriormente, en el año 2002, se redactó un Formulario Modelo de la OMS⁷⁰ basándose en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. Se trataba de una guía sobre la utilización eficaz de los medicamentos que figuraban en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. El Formulario seguía la estructura y las secciones utilizadas en la Lista Modelo de la OMS y constituía una fuente de información independiente sobre los medicamentos esenciales para las instancias decisorias farmacéuticas y los prescriptores de todo el mundo. Contenía además, toda la información médica pertinente y resúmenes de la mayoría de las directivas clínicas de la OMS.

La OMS disponía también de un servicio en línea llamado Biblioteca de Medicamentos Esenciales que permitía acceder a información sobre cada uno de los medicamentos que figuraban en la Lista. Esta biblioteca incluía información sobre la enfermedad, así como el texto correspondiente del Formulario Modelo de la OMS. Cada medicamento tenía enlaces con las pruebas clínicas sobre su eficacia y seguridad, las directrices clínicas de la OMS u otras entidades, y la información sobre los precios.

⁶⁹ *Vid.* Organización Mundial de la Salud. (1992) Aplicación de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos: Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

⁷⁰ La primera edición del Formulario Modelo se publicó en agosto de 2002 y se basó en la 12ª Lista Modelo (revisada en 2002).

Durante los últimos 30 años la Lista Modelo de la OMS ha generado una aceptación mundial del concepto de medicamentos esenciales como un poderoso medio de promoción de la equidad sanitaria. El acceso a los medicamentos esenciales depende de un conjunto de factores primordiales: selección racional, precios asequibles, financiamiento sostenible y sistemas de suministro fiables⁷¹. Esos cuatro componentes de la estrategia son interdependientes. Los precios más bajos atraen más donantes y más financiación estatal; el aumento radical de la disponibilidad de medicamentos impulsa el desarrollo de los sistemas de salud; los sistemas de suministro más eficaces producen una mayor cobertura, y ésta aumenta los ingresos por ventas. A día de hoy la OMS prosigue su labor en esta esfera mediante:

- exámenes de las pruebas sobre la seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa de los medicamentos;
- la elaboración de la Lista Modelo de Medicamentos Pediátricos Esenciales publicada por primera vez en el año 2007;
- la revisión periódica de las Listas Modelo de Medicamentos Esenciales y de los recursos conexos relacionados con los medicamentos esenciales;
- la aportación de información independiente para la prescripción a través del Formulario Modelo de la OMS y el Formulario Modelo de la OMS de Medicamentos de Uso Pediátrico;
- la prestación de apoyo técnico a los países para que adopten y utilicen la Lista y el Formulario Modelo de Medicamentos Esenciales, y
- el fomento de estrategias sobre los medicamentos esenciales en colaboración con otras organizaciones internacionales, como el Grupo de Coordinación Farmacéutica Interorganismos, el Programa de las Naciones

⁷¹ Vid. Organización Mundial de la Salud. (2003) Boletín de medicamentos esenciales. Nº 32. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Unidas para el Desarrollo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, MSF, UNICEF, ACNUR o el UNFPA.

El concepto de medicamentos esenciales tenía y tiene pertinencia mundial y estos medicamentos eran y son una necesidad mundial. Como consecuencia, los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁷² incluyeron el acceso a los medicamentos esenciales como uno de los indicadores principales en salud.

El exitoso mandato del doctor Halfdan T. Mahler llegó a su fin en 1988 y el antiguo gerente de la extinta Unidad de Políticas y Gestión Farmacéuticas, el doctor Hiroshi Nakajima (Chiba (Japón) 1928 -)⁷³, médico, fue elegido nuevo Director General de la OMS.



Figura 6. Doctor Hiroshi Nakajima.

⁷² Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son ocho propósitos de desarrollo humano que fueron fijados en el año 2000 por los países miembros de las Naciones Unidas que acordaron debían conseguirse para 2015.

⁷³ Fue Director General de la Organización Mundial de la Salud desde enero de 1988 hasta mayo de 1998. Desde este último año portó el título de Director General Emérito de dicha organización.

Aunque el PAME ya estaba consolidado y había demostrado su éxito en la promoción del concepto de medicamentos esenciales, el nuevo director decidió que su actividad debía ceñirse al asesoramiento puntual y bajo petición de un Estado. En cualquier caso, el programa seguía promoviendo la adopción de políticas farmacéuticas nacionales, bien fuera asistiendo directamente a los Estados o a través de documentos y actividades divulgativas. Su trabajo adoptó un enfoque más amplio que incluyó los factores socioculturales del consumo de medicamentos y la importancia de los agentes del sistema de salud sobre las pautas de dicho consumo. Así, por ejemplo, en 1988 se adoptó uno de sus documentos más difundidos, las Directrices para Desarrollar Políticas Farmacéuticas Nacionales. Fue entonces cuando el PAME empezó a promover la incorporación de un componente educativo en los programas farmacéuticos nacionales, a estimular la concienciación internacional, a movilizar recursos y a impulsar iniciativas internacionales relacionadas con la educación para el uso racional de fármacos.

En 1990, en un informe a los Estados representados en la Asamblea Mundial de la Salud, el director general afirmó que el PAME había tenido un impacto positivo en el entendimiento, aceptación e implementación del concepto de medicamentos esenciales, pero instó a mejorar los métodos de implementación. Aunque la dimensión económica del fármaco siempre estuvo vinculada al PAME, dicha relación se profundizó a partir de principios de los años noventa del siglo XX en el plano divulgativo y de asesoramiento. En 1992 el PAME inició su actividad en materia de información comparativa de precios de fármacos. Un poco más tarde, a mitad de la década de los noventa, la globalización económica y sus efectos sobre la salud llevaron al PAME a ampliar su ámbito de acción, añadiendo a su actividad tradicional cuestiones como la privatización de los servicios sanitarios y los efectos sobre la salud de la liberalización comercial y la homogeneización internacional de los derechos de propiedad intelectual. Tras la adopción de una serie de cambios la gestión mejoró notablemente durante el año 1993, pero fue durante los años siguientes cuando se vio afectado por problemas presupuestarios, apuntándose

entonces que en su calidad de ente técnico y especializado es donde el PAME presentaba especial autoridad para asesorar sobre asuntos política y económicamente sensibles, y que era precisamente esta actividad la que debía permanecer pese a los vaivenes presupuestarios.

En 1995 la Asamblea Mundial de la Salud consideró el PAME un programa prioritario de la OMS, lo que se vio acompañado de una mayor financiación a cuenta del presupuesto general. En los años siguientes, el Programa publicó las Directrices sobre Donativos Farmacéuticos⁷⁴, abordó cuestiones del suministro de fármacos potencialmente peligrosos en situaciones de crisis y de la eliminación de productos farmacéuticos indeseados en y después de situaciones de emergencia.

Durante los últimos años de la década de los 90 del siglo XX se intensificó la actividad del PAME en el ámbito de la relación entre la economía, el medicamento y la globalización y, en aplicación de diversas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, el PAME desarrolló una intensa acción en el ámbito de la relación entre los productos farmacéuticos y el comercio. Entre las actividades realizadas se encontraba el análisis y difusión de los efectos sobre la salud de los acuerdos comerciales, la asesoría a Estados para garantizar el acceso a los medicamentos en el marco de tales acuerdos, y la participación en conferencias internacionales abundando en la relación entre comercio y salud. El PAME también profundizó en el ámbito de los efectos de la regulación comercial internacional sobre la salud, y exploró las herramientas del Derecho internacional de los derechos humanos.

Si bien el PAME siempre mantuvo la convicción de la salud como un derecho humano, fue a partir de 1998 cuando incorporó a su labor el lenguaje de los derechos humanos. Esta incorporación a la acción de la OMS se vio favorecida por el eco que la intensa campaña desarrollada por diversas ONG en favor del acceso a los medicamentos tuvo sobre los órganos de Naciones Unidas dedicados a la protección de los derechos humanos.

⁷⁴ La primera edición de las Directrices sobre Donativos de Medicamentos se publicó en el año 1996 en Ginebra.

En 1998 la doctora Gro Harlem Brundtland (Bærum (Noruega), 1939 -)⁷⁵, médico, fue nombrada nueva Directora General de la OMS, impulsando reformas de carácter organizativo interno y sobre la proyección exterior de la OMS desarrollando un interés cada vez más profundo por los problemas de trascendencia mundial.



Figura 7. Doctora Gro Harlem Brundtland.

En el ámbito de los fármacos, se creó el denominado Clúster de Tecnología de la Salud y Productos Farmacéuticos, que absorbió:

- el PAME,
- la División de Políticas y Gestión de Medicamentos,
- el Programa Global de Vacunas e Inmunización y;
- el Programa de Tecnologías Sanitarias,

⁷⁵ La Doctora Gro Harlem Brundtland asumió el cargo de Directora General de la Organización Mundial de la Salud el 21 de julio de 1998. La candidatura había sido propuesta por el Consejo Ejecutivo de la OMS el 27 de enero, y los Estados Miembros de la OMS eligieron a la Dra. Brundtland para el cargo el 13 de mayo. Terminó su mandato el 21 de julio de 2003.

reorganizándolos en tres departamentos:

- el Departamento de Medicamentos Esenciales y otros medicamentos,
- el Departamento de Vacunas y otros productos biológicos y;
- el Departamento de Seguridad de la Sangre y Tecnología Clínica.

En el nuevo esquema, el Departamento de Medicamentos Esenciales incorporó todos los aspectos del PAME y todos, a excepción de lo relacionado con productos biológicos, de la División de Políticas y Gestión de Medicamentos.

En el bienio 1998-1999 se avanzó en el ámbito de la financiación farmacéutica, se publicaron diversos informes y se asesoró a una docena de gobiernos para desarrollar un sistema de financiación más equitativo y sostenible, se gestionó la compra centralizada de fármacos para varios países y se siguió con la tarea de informar acerca de los precios de los productos farmacéuticos⁷⁶.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirmó en el año 2000 que el contenido esencial del derecho a la salud integraba el acceso a los medicamentos esenciales⁷⁷, lo cual fue secundado por una serie de resoluciones de la Subcomisión y de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas. En el año 2001, tanto la Asamblea General de las Naciones Unidas como la Asamblea Mundial de la Salud secundaron este posicionamiento.

La incorporación de los derechos humanos a la labor del Departamento de Medicamentos Esenciales fue reflejo de la mayor atención que la Asamblea Mundial de la Salud prestaba a los mismos. Reflejando este hecho, la directora general afirmó que el acceso a la atención de la salud es un derecho humano que comprende el acceso a los establecimientos de salud, la prevención, la asistencia, el tratamiento y el apoyo, y evidentemente el acceso a los medicamentos⁷⁸.

^{76,77} Vid. Organización Mundial de la Salud. (2001) Boletín de medicamentos esenciales. Nº 30. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

⁷⁸ Vid. Organización Mundial de la Salud. (Agosto 2007) El derecho a la salud. Nota descriptiva Nº 323.

El trabajo en profundidad sobre el acceso a los medicamentos como derecho humano se inició en el 2002. Fruto de esta evolución, la Estrategia 2004-2007 del Departamento de Medicamentos Esenciales incluía entre las nuevas áreas de trabajo la promoción del acceso a los fármacos como un derecho humano.

A raíz de esto, la OMS proporcionó ayuda directa en materia de medicamentos esenciales y política farmacéutica a 113 países, de los que 22 se beneficiaron de programas exhaustivos de ayuda:

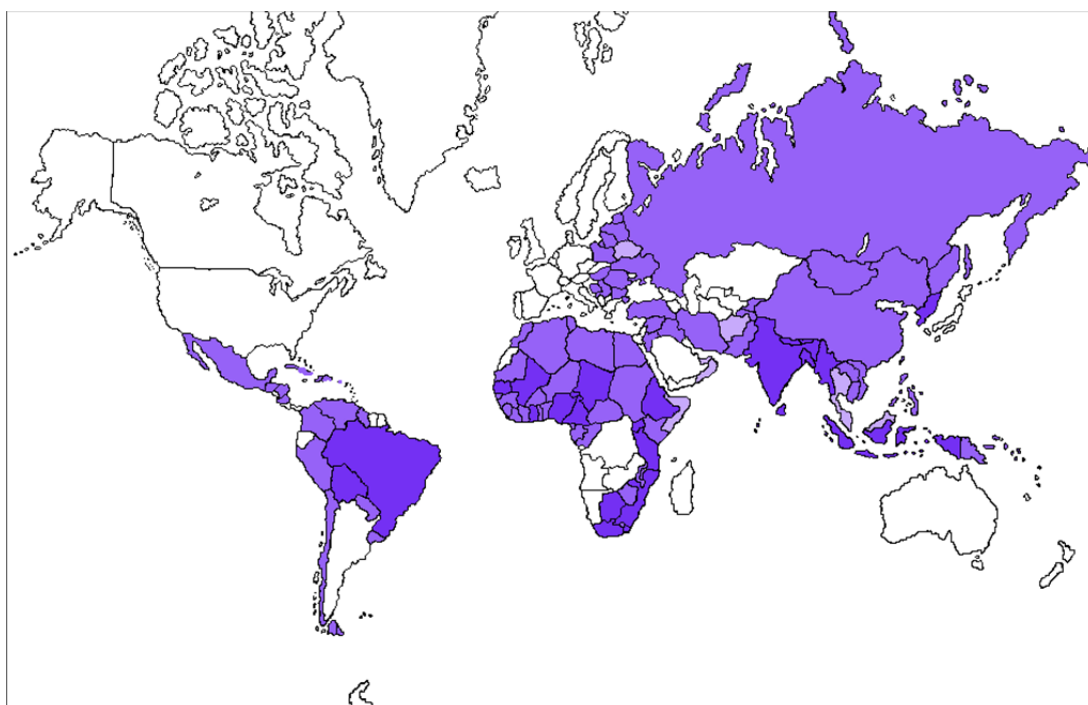


Gráfico 3.

- Análisis de situación (6 países) para determinar las necesidades prioritarias y la asistencia adicional más adecuada.
- Asistencia técnica específica (85 países) en forma de intervenciones centradas en: la política, el acceso, la calidad, la seguridad y la eficacia, y/o el uso racional.
- Asistencia exhaustiva del programa (22 países) que cubra la mayor parte de los siguientes aspectos: la política, el acceso, la calidad, la seguridad y la eficacia, y/o el uso racional. Por lo general cubre dos o más bienios y necesita un asesor trabajando a tiempo completo en el país en cuestión.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2003) *Medicamentos esenciales y políticas farmacéuticas: Ayuda a los países para acortar las diferencias de acceso a medicamentos*. Ginebra. Informe anual 2002.

La OMS iniciaba el nuevo milenio con una acción decidida en el ámbito del acceso a los medicamentos. En el año 2000, en el contexto del VIH/ SIDA, los estados miembros solicitaron a la directora el apoyo al establecimiento de sistemas de seguimiento de precios, la promoción del uso racional de fármacos, y el control de las consecuencias de los acuerdos comerciales sobre fármacos y salud pública⁷⁹.

El año 2002 marcó el 25° aniversario de la primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS y señaló la 25ª reunión anual de la Red Internacional de la OMS para la Supervisión de la Seguridad de los Medicamentos. En esos 25 años se avanzó mucho: 100 países adoptaron políticas farmacéuticas nacionales; 156 países tenían listas nacionales o provinciales de medicamentos esenciales; 135 países convirtieron el concepto de medicamentos esenciales en prácticas clínicas con directrices de tratamiento o vademécum; más de 90 países introdujeron el concepto de medicamentos esenciales en los planes de estudios de Facultades de Medicina y Farmacia; el Programa de la OMS para la Supervisión Internacional de Medicamentos contaba con 76 países miembros y asociados; y se organizó una importante campaña global para asegurar la calidad de los medicamentos⁸⁰.

Se calculó que el número de personas que tenían acceso regular a medicamentos esenciales había aumentado en los primeros 25 años de la vida de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de 2.100 millones en 1977 a más de 4.000 millones en 2002.

Un ejemplo de la ayuda de la OMS a los países fue cuando en 1997 la OMS aumentó su ayuda al Programa conjunto OMS/India sobre Medicamentos Esenciales, con el objetivo de ampliar el éxito del programa de medicamentos esenciales del Territorio Capital de Delhi. Hacia finales del año 2001, el Programa

⁷⁹ Vid. FRANCO GIRALDO, A. (2010) *Salud Global: Política pública, derechos sociales y globalidad*. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.

⁸⁰ Vid. Organización Mundial de la Salud. (2003) *Medicamentos esenciales y políticas farmacéuticas: Ayuda a los países para acortar las diferencias de acceso a medicamentos*. Ginebra. Informe anual 2002.

estaba gestionando programas completos de medicamentos esenciales en seis estados y programas parciales en otros ocho.

En el año 2003 fue elegido por los Estados Miembros de la OMS como Director General el Doctor Lee Jong-Wook (Seúl (Corea del Sur), 1945 – Ginebra (Suiza), 2006)⁸¹, médico.



Figura 8. Doctor Lee Jong-Wook.

Bajo su mandato, en el año 2004, el Departamento de Medicamentos Esenciales presentó una serie de recomendaciones sobre las prioridades de investigación de atender a las necesidades de salud pública, y siguió con la actividad divulgativa y asesoría de cuánto estaba relacionado con la propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos esenciales.

⁸¹ El doctor Lee Jong-Wook asumió el cargo como Director General de la Organización Mundial de la Salud el 21 de julio de 2003. Antes de ocupar el cargo de Director General, el Dr. Lee era uno de los líderes mundiales de la lucha contra dos de los mayores flagelos para la salud y el desarrollo en el mundo entero: la tuberculosis y las enfermedades infantiles prevenibles mediante vacunación. El Dr. Lee Jong-Wook falleció el lunes 22 de mayo de 2006 tras una breve enfermedad.

Ese mismo año el Departamento de Medicamentos Esenciales fue reestructurado en dos departamentos:

- el Departamento de Cooperación Técnica para Medicamentos Esenciales y Medicina Tradicional y;
- el Departamento de Políticas y Estándares Farmacéuticos.

En el año 2006 la Asamblea Mundial de la Salud, en respuesta al informe de la Comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública; aprobó el establecimiento de un grupo intergubernamental encargado de formular una estrategia global y un plan de acción que, sobre la base de las recomendaciones formuladas por la Comisión consiguieran estimular la innovación en función de las prioridades de salud pública.

A raíz del repentino fallecimiento del Dr. Lee Jong-Wook en 2006 el Dr. Anders Nordström (Suecia 1960 -), médico, asumió el cargo de Director General interino de la OMS desde el 23 de mayo de 2006⁸² hasta el 3 de enero de 2007.

En 4 de enero de 2007⁸³ la Doctora Margaret Chan (Hong Kong (República Popular China) 1947 -)⁸⁴, médico, asumió el cargo y actualmente sigue trabajando para garantizar el acceso equitativo a los medicamentos esenciales.

⁸² World Health Organization. Decisión EBSS. World Health Organization. Executive Board. 120th Session EB 120/30, 28-12-2006. pág. 3.

⁸³ World Health Organization. Decisión EBSS. World Health Organization. Executive Board. 120th Session EB 120/30, 28-12-2006. pág.5.

⁸⁴ La Doctora Margaret Chan asumió el cargo como Directora General de la Organización Mundial de la Salud el 03 de enero de 2007. En el momento de ser elegida Directora General, la Dra. Chan era Subdirectora General de Enfermedades Transmisibles de la OMS y Representante del Director General para la Gripe Pandémica.



Figura 9. Doctora Margaret Chan.

IV.1 PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

La selección de medicamentos que se realiza para su inclusión en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS es un proceso continuo, multidisciplinario y participativo que pretende asegurar el acceso a los fármacos más necesarios en un determinado nivel del sistema sanitario, teniendo en cuenta su eficacia, seguridad, calidad y coste, e impulsar su utilización racional. Este proceso debe responder a una estrategia sanitaria global⁸⁵.

La identificación por parte de la OMS de una serie de fármacos costo eficaces y de calidad fue la respuesta institucional internacional al avance de la salud pública en determinados países. En este sentido, la formulación de listas nacionales de fármacos se remontaba a los años cincuenta del siglo XX en países como Sri Lanka y Papúa Nueva Guinea, a los años sesenta del siglo XX en Cuba y Perú, y a los años setenta del siglo XX en países como Mozambique; los países escandinavos y Tanzania también habían adoptado listas de medicinas esenciales, así como

⁸⁵ ALTAMIRAS, J., BONAL, J. (1986) La selección de medicamentos. En *El Farmacéutico*, 29: 111.

algunos países industrializados como Canadá y Australia realizaban algún tipo de selección de fármacos. En el plano hospitalario, numerosos centros sanitarios de países industrializados venían adoptando listas de medicamentos básicos desde hacía varias décadas.

Las iniciativas de Sri Lanka y Perú fueron particularmente significativas. Sri Lanka presentaba uno de los antecedentes más antiguos y exitoso de selección de productos farmacéuticos, habiendo iniciado ya en 1959 la selección de fármacos para atender las necesidades sanitarias prioritarias en el ámbito hospitalario, selección más adelante acompañada por la promoción de los genéricos y la centralización de las compras de fármacos en una sola agencia. Por otro lado, Perú elaboró en junio de 1960 un listado de medicamentos básicos, y en 1971 impulsó el Programa de Medicamentos Básicos. El programa peruano fue particularmente importante al menos por dos razones:

- en primer lugar, porque estimuló la adopción de la primera lista internacional de fármacos esenciales la cual no prosperó por su carácter prematuro y el propio contexto internacional;
- en segundo lugar, porque llamó la atención de la OMS⁸⁶.

Estas experiencias y las que tuvieron lugar en algunos países, tanto en el mundo industrializado como en los países en vías de desarrollo fueron argumentos adicionales para la elaboración de la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales.

Los medicamentos que figuran en la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales se seleccionan atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa. Como el costo de los medicamentos cambia con el tiempo, el precio de un medicamento no es motivo para excluirlo de la Lista Modelo de la OMS, siempre que cumpla los demás

⁸⁶ *Vid. Opus. cit.* en nota (56).

criterios de selección estipulados. Las comparaciones del costo eficacia se hacen con medicamentos alternativos del mismo grupo terapéutico.

La identificación de un número limitado de medicamentos esenciales puede permitir una mejora del suministro, un uso más racional y una reducción de los costos. La selección de los medicamentos tiene un impacto considerable en la calidad de la asistencia sanitaria y el costo del tratamiento es, por consiguiente, una de las esferas en las que la intervención resulta más costo eficaz. Combinada con directrices terapéuticas clínicas y un seguimiento y evaluación de las prescripciones, la selección cuidadosa de los medicamentos puede contribuir a mejorar la atención sanitaria⁸⁷.

Por tanto, la selección de medicamentos debe contribuir principalmente a cubrir los siguientes objetivos:

- Facilitar la elección crítica de fármacos e impulsar entre los profesionales sanitarios la adopción de los mismos criterios científicos rigurosos en los que se ha basado la elección.
- Favorecer la utilización racional de los medicamentos, tanto a nivel de los profesionales sanitarios como del público en general.
- Reducir el gasto farmacéutico, aumentar el cociente beneficio/coste del mismo y facilitar, de este modo, una asignación de recursos más racional para el sistema sanitario.

Así mismo, esta selección de medicamentos servirá como base para las donaciones de medicamentos a países en situaciones de emergencia y crisis.

La selección de medicamentos debe incluir los siguientes procesos⁸⁸:

⁸⁷ *Vid.* AGUIRRE, O. (2009) Esenciales para la vida. Jornadas sobre la problemática del acceso a medicamentos esenciales y posibles soluciones. 1ª Edición. Valencia. Farmacéuticos Mundi.

⁸⁸ *Opus. cit.* en nota (85).

1. Análisis de la realidad.

Por análisis de la realidad se entiende la recolección de información que permita el conocimiento de las principales necesidades de medicamentos así como las circunstancias que los pueden influir o limitar.

2. Elaboración de un formulario farmacológico o proceso de selección.

La elaboración de un formulario encierra una valoración rigurosa de los medicamentos, siguiendo los criterios de necesidad, eficacia, toxicidad, coste y disponibilidad, expuestos con detalle por el Comité de Expertos de la OMS. Dicha valoración incluye los siguientes puntos:

- Solo se seleccionarán aquellos medicamentos para los cuales se tienen datos sobre su eficacia y seguridad a partir de estudios clínicos adecuados y de los que se dispone de experiencia clínica en distintos centros médicos de prestigio.
- De cada fármaco seleccionado se debe poder asegurar su disponibilidad en las formas farmacéuticas necesarias y con las garantías de calidad y estabilidad suficientes.
- Ante dos o más fármacos igualmente aceptables según los criterios anteriores, la elección debe basarse en su eficacia relativa, seguridad, calidad, disponibilidad y precio. El coste no debe contemplarse como el precio de una presentación determinada, sino como el precio total del tratamiento considerado como un término amplio. En ciertos casos puede ser necesario tener en cuenta las condiciones farmacocinéticas, de envasado y de almacenamiento.
- Las asociaciones de principios activos a dosis fijas serán aceptadas en casos muy específicos cuando se demuestre su seguridad y utilidad.

- En ciertos casos se podrán seleccionar medicamentos no esenciales pero que pueden ser útiles en algunas circunstancias, que en cualquier caso, deberán ser estrictamente definidas durante el proceso de selección. Ejemplo de ello son medicamentos de segunda elección, que pueden constituir una alternativa si existen fallos de aprovisionamiento de los medicamentos esenciales, medicamentos mejor tolerados o aceptados por determinados subgrupos de población, medicamentos de menor precio, etc... En cualquier caso su relación eficacia/toxicidad no debe ser muy distinta de la del medicamento esencial de referencia.
3. Establecimiento de normas de utilización para los medicamentos incluidos en el formulario.

El establecimiento de normas de utilización de los medicamentos del formulario tiene casi la misma importancia que la elaboración del propio formulario. Su elaboración implica, en ocasiones, una continuación del proceso de selección al fijar el nivel de utilización de cada fármaco. Asimismo, se deben promocionar la discusión y elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento, que faciliten la utilización racional y homogénea de los recursos disponibles.

4. Información y formación.

El complemento principal del proceso de selección son la información y formación sobre los medicamentos incluidos en el formulario, tanto para conseguir la aceptación del propio formulario, como para inducir un correcto uso de los medicamentos que se incluyen en él. Por una parte, el propio formulario debería contener la información básica del medicamento, la cual debe contener como mínimo, indicaciones, dosis, contraindicaciones, precauciones importantes, efectos indeseables graves o comunes e instrucciones de administración. Por otra parte, se deberá preparar información específica para corregir los problemas prioritarios identificados en dicho proceso.

5. Evaluación y seguimiento.

La evaluación y seguimiento del proceso de selección supone el establecimiento de sistemas que permitan evaluar de forma continuada los problemas de cumplimiento del formulario en los aspectos de aprovisionamiento y dispensación mediante la recogida sistemática de datos. Posteriormente, todos los datos obtenidos deberán compartirse con el mayor número posible de representantes de los profesionales de la salud pertinentes, con el fin de encontrar soluciones que sean fruto de una discusión amplia, para que de este modo, sean más fácilmente aceptadas y asumidas, siguiendo al mismo tiempo la filosofía formativa o de propuesta cultural que debe tener todo el proceso de selección de fármacos.

Se prepara, por tanto, una lista de medicamentos esenciales para cada uno de los diversos niveles de atención sobre la base de las pautas clínicas normalizadas para el tratamiento de las enfermedades y síntomas comunes que pueden y deben diagnosticarse y tratarse en ese nivel.

Lista nacional de medicamentos esenciales

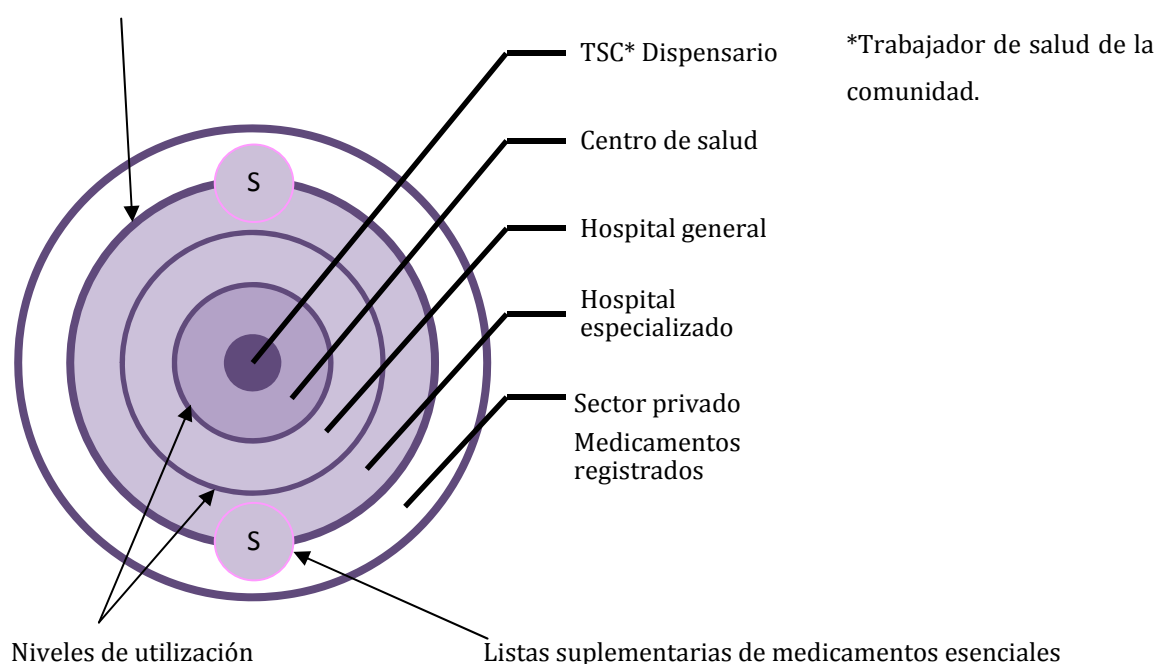


Gráfico 4. La lista nacional o institucional de medicamentos esenciales es un subconjunto de medicamentos registrados, dividido según el nivel de la atención.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2002) Selección de medicamentos. En *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Por último, para establecer una lista correcta de medicamentos esenciales hay que tener en cuenta los problemas de salud comunes de la sociedad, que serán los que orienten la formulación de pautas clínicas, la capacitación, la financiación y el suministro, lo que finalmente dará lugar a una mejor atención de los pacientes.

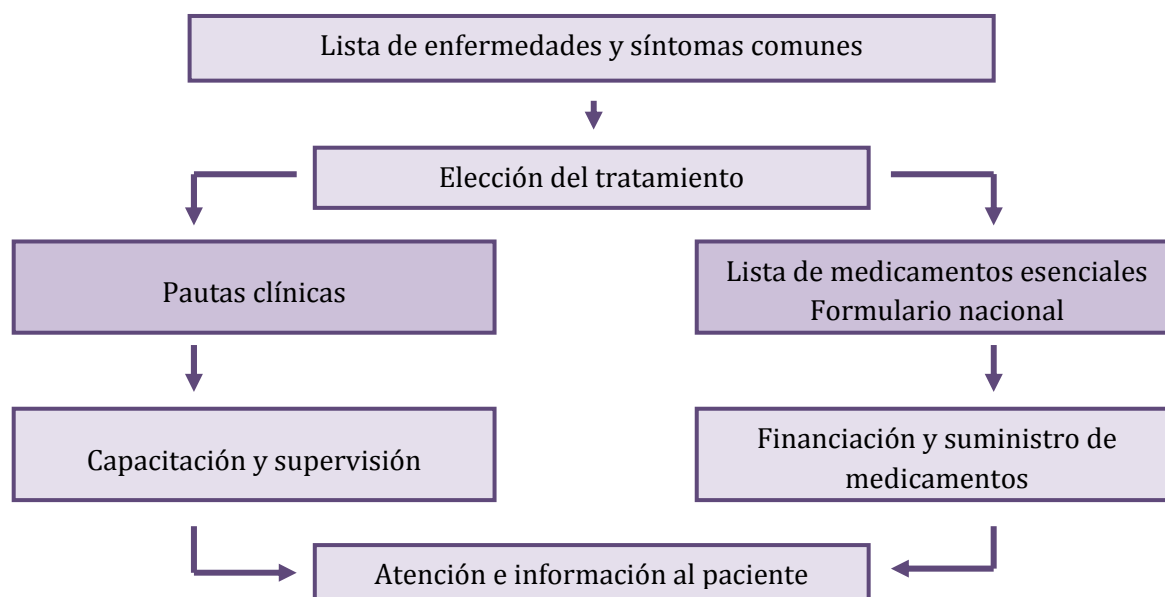


Tabla 1. La lista de problemas de salud comunes orienta la formulación de pautas clínicas, la lista de medicamentos esenciales, la capacitación, la financiación y el suministro, lo que da lugar a una mejor atención de los pacientes.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2002) Selección de medicamentos. En *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. p. 4.

IV.1.1 LOS COMITÉS DE SELECCIÓN

El proceso de selección de los medicamentos es decisivo. Una lista de medicamentos esenciales impuesta arbitrariamente por las autoridades no reflejará las necesidades de los usuarios ni será aceptada por éstos. Por consiguiente, es muy importante que el proceso sea consultivo y transparente, que los criterios de selección sean explícitos, que la selección de los medicamentos esté vinculada a las pautas clínicas normalizadas apoyadas por pruebas, que las pautas clínicas y la lista se dividan según los niveles de atención y que ambas se examinen y actualicen regularmente. Las pautas clínicas y la lista se deben revisar al menos cada dos años, y se deben vigilar su utilización y sus repercusiones⁸⁹.

Se debe nombrar un comité permanente encargado de prestar asesoramiento técnico. Este Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales es un comité multidisciplinario que realiza, dirige y coordina todo el proceso de selección de medicamentos. Su composición depende de las circunstancias y del ámbito donde se deba realizar la selección, y generalmente incluye a personas especializadas en diferentes disciplinas como la medicina, la enfermería, la farmacología, la farmacia, la salud pública, los asuntos que afectan a los consumidores y a trabajadores de salud locales. La elección de los miembros del comité es de extraordinaria importancia para la eficacia del mismo. Es conveniente que dicha elección no se realice en función de jerarquías o cargos, sino en función de la motivación y experiencia práctica en la utilización de fármacos⁹⁰.

Las solicitudes de inclusión, cambio o supresión de medicamentos de la Lista Modelo se presentan al secretario del Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales. Este Comité es el encargado de examinar los datos aportados en esas solicitudes y decidir si se incluye o suprime un medicamento. El Comité de Expertos también identifica las lagunas de conocimientos y hace recomendaciones sobre investigaciones futuras que puedan ser necesarias acerca

⁸⁹ *Opus. cit.* en nota (85).

⁹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2002) *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. 2ª Edición. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Pág. 31-36.

de medicamentos para tratar problemas de salud prioritarios. Se examina la posibilidad de suprimir un medicamento de la Lista Modelo de la OMS cuando hay dudas sobre su importancia para la salud pública y/o su eficacia, seguridad o costo eficacia en comparación con otros medicamentos disponibles para tratar la misma afección.

Las funciones del comité no se deben limitar a la simple elaboración de un formulario, sino que debe asumir también las siguientes funciones⁹¹:

- Análisis de las circunstancias de su ámbito de actuación y de la información terapéutica mundial para mantener actualizado el formulario.
- Elaboración de normas para las peticiones de inclusión de nuevos fármacos en el formulario o de peticiones excepcionales de fármacos no incluidos en el mismo.
- Promocionar el uso adecuado de los medicamentos incluidos en el formulario mediante:
 - Elaboración de normas de prescripción y utilización de los medicamentos del formulario.
 - Propiciar la identificación sencilla y concisa de los medicamentos, es decir, la denominación común internacional.
 - Facilitar información terapéutica completa sobre los medicamentos del formulario.
 - Establecer sistemas de formación e información continuada sobre medicamentos al personal sanitario.

⁹¹ *Opus. cit.* en nota (85).

- Fomentar la elaboración multidisciplinaria de protocolos de diagnóstico y tratamiento y de estudios clínicos controlados en los puntos de terapéutica más discutidos.
- Establecer sistemas de educación e información a los usuarios sobre los medicamentos y sobre los beneficios del proceso de selección.
- Establecimiento de sistemas de evaluación y seguimiento del impacto y cumplimiento de todo el proceso.

IV.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen un ambicioso plan para reducir la pobreza y mejorar vidas, son ocho objetivos acordados por dirigentes de todo el mundo en la Cumbre del Milenio en septiembre de 2000. Para cada objetivo se establecieron una o más metas, la mayoría alcanzables en 2015, tomando 1990 como punto de partida⁹².

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre:
 - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día.
 - Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.
 - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

⁹² *Loc. cit.* en nota (80).

2. Lograr la enseñanza primaria universal:

- Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer:

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.

4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años:

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

5. Mejorar la salud materna:

- Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.
- Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades:

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente:

- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
- Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
- Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo:

- Atender las necesidades especiales de los países menos desarrollados, los países sin litoral y los pequeños estados insulares en vías de desarrollo.
- Continuar desarrollando un sistema comercial y financiero abierto, basado en reglas establecidas, predecibles y no discriminatorias.
- Lidar en forma integral con la deuda de los países en vías de desarrollo.
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
- En cooperación con el sector privado, hacer más accesible los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicaciones.

Tres de los ocho objetivos y ocho de las dieciocho metas guardan relación directa con la salud. Algunos países en desarrollo han realizado progresos extraordinarios hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, sus metas e indicadores.



Gráfico 5. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Fuente: Red Canario de Escuelas Solidarias. (2009) *Folleto Informativo Semana ODM. Campaña Sin Excusas 2015*. Concejalía Delegada de Cooperación para el Desarrollo del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria.

La participación de la OMS en la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio que cita *“en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles”* tiene cuatro componentes:

- Ayudar a los países a conseguir mejores precios, lo que se está intentando mediante servicios informativos y asistencia técnica sobre la regulación eficaz de los precios, así como mediante la ampliación de la base de suministro de medicamentos esenciales.
- Asistir la selección cuidadosa a través del proceso de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales y su uso a nivel nacional y de instituciones sanitarias.
- Apoyar la mejora de los sistemas de suministro de medicamentos mediante asesoramiento y formación sobre aprovisionamiento.

- Crear estrategias para hacer más justa la financiación de medicamentos que incluyan el proporcionar una guía y asistencia técnica para asegurar subsidios para medicamentos para los pobres, e incluir medicamentos en planes ampliados de seguros sanitarios.

IV.3 IMPORTANCIA DE LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES

En el año 2010 la OMS elaboró un listado con los diez datos más relevantes sobre los Medicamentos Esenciales⁹³ que nos permite comprender la importancia social de los medicamentos esenciales hasta ese año. Estos diez datos son:

1. La disponibilidad de medicamentos en los países en desarrollo se ve dificultada por diversos factores, a saber; sistemas deficientes de suministro y distribución de medicamentos; instalaciones y personal de salud insuficiente; y baja inversión en el sector sanitario y elevados costos de los medicamentos. La Lista Modelo está ayudando a los países a racionalizar la adquisición y distribución de medicamentos y, de ese modo, reducir los gastos del sistema de salud.
2. Los productos farmacéuticos representan entre el 15% y el 30% de los gastos sanitarios en los países con economías en transición, y entre el 25% y el 66% en los países en desarrollo. Para las familias pobres de algunos países en desarrollo, los medicamentos suponen el principal gasto sanitario.
3. Un estudio de la OMS realizado en China en 2006 reveló que, de 41 medicamentos estudiados, entre ellos 19 esenciales, sólo un 10% se podían adquirir en farmacias privadas como productos de marca, y un 15% como genéricos.

⁹³ Diez datos sobre los medicamentos esenciales.
http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/essential_medicines_facts/es/
 Disponible en vers. html, 19-12-2012.

4. Un estudio realizado en Uganda en 2004 indicó que de 28 medicamentos esenciales incluidos en la lista nacional, sólo el 55% estaba disponible en los centros de atención gratuita de salud. En comparación con los precios internacionales de referencia, los precios al consumidor eran 13,6 veces mayores para los productos de marca y 2,6 veces mayores para los genéricos.
5. En 1977, sólo una docena de países contaba con una lista o programa de medicamentos esenciales. En la actualidad, cuatro de cada cinco países han elaborado listas nacionales. Para su inclusión en las listas, los medicamentos deben estar disponibles en todo el sistema de salud, en cantidades y formas farmacéuticas apropiadas. La lista nacional de medicamentos se ha convertido en la piedra angular para el desarrollo de las políticas farmacéuticas nacionales y de todo el sistema farmacéutico.
6. Para 2015 se podrían evitar más de 10 millones de defunciones anuales mediante el incremento de ciertas intervenciones sanitarias, la mayoría de las cuales dependen de medicamentos esenciales. La Declaración de Alma-Ata de 1978, un hito en el ámbito de la salud pública internacional, fue el primer documento oficial que puso de relieve la importancia de la atención primaria y la función de los medicamentos esenciales a nivel mundial.
7. Hace 30 años, el concepto de política farmacéutica nacional era desconocido en la mayoría de los países. Actualmente, más de 100 países han instaurado tales políticas o las están elaborando. Esas políticas pueden servir de marco para promover la reforma del sector farmacéutico. Entre los pioneros en la esfera de los medicamentos esenciales figuran Mozambique, Perú y Sri Lanka.
8. La información objetiva sobre el uso racional de los medicamentos era extremadamente limitada, especialmente en los países en desarrollo. En la

actualidad, por lo menos 135 países tienen guías y formularios terapéuticos propios, con información actualizada, exacta y no sesgada.

9. Surgida de un esfuerzo internacional iniciado en 1977, una red mundial de 83 países vigila actualmente las reacciones medicamentosas adversas y los potenciales problemas de seguridad.
10. Hace 30 años, el público prácticamente no tenía acceso a ninguna información sobre los precios de los medicamentos, y muy pocos países promovían activamente el uso de genéricos. Actualmente, 33 países obtienen información sobre precios y la difunden al público. El uso de los medicamentos genéricos ha permitido reducir los precios debido al aumento de la demanda y la competencia.

CUARTA PARTE:
LAS DONACIONES HUMANITARIAS

CAPÍTULO V LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA DONACIÓN HUMANITARIA

*Donación humanitaria: "Es el traslado de recursos que se conceden a instituciones sin fines de lucro, organismos descentralizados y fideicomisos que proporcionan servicios sociales y comunales para estimular actividades educativas, hospitalarias, científicas y culturales de interés general."*⁹⁴.

Ante los desastres y los sufrimientos, el impulso natural de las personas ha sido siempre el de entrar en contacto con los necesitados y prestarles auxilio, por tanto, debido a que los medicamentos son un elemento esencial para aliviar los sufrimientos; los donativos farmacéuticos pueden aportar una gran ayuda en las actividades internacionales de asistencia humanitaria.

Por desgracia, estos donativos de medicamentos han resultado, en un gran número de ocasiones, más problemáticos que beneficiosos ya que un desastre de cierta magnitud no va siempre seguido de una evaluación objetiva de las necesidades médicas de emergencia.

La OMS ha denunciado, en numerosas ocasiones, la llegada masiva de medicamentos en condiciones no utilizables a países en situaciones de crisis y los problemas que se derivan de su almacenamiento incorrecto, su uso irracional y su eliminación, así como problemas asociados a un mal uso en los países receptores.

Las donaciones inapropiadas realizadas durante muchos años han aportado razones suficientes para que fuese necesario establecer unas directrices internacionales aplicables a las donaciones de medicamentos.

⁹⁴ HERNÁNDEZ MANGONES, G. (2006) *Diccionario de Economía*. Colombia, Editorial Universidad Cooperativa de Colombia, pág. 127.

Fue a principios de los años ochenta del siglo XX cuando se establecieron las primeras directrices sobre donativos farmacéuticos por iniciativa de organizaciones humanitarias internacionales tales como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y la Comisión Médica Cristiana (CMC) del Consejo Mundial de Iglesias⁹⁵.

En 1990, el Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales, en cooperación con algunas de las principales instituciones internacionales de socorro de emergencia, publicó una primera serie de normas para donantes⁹⁶, que fue revisada más tarde por el Comité de Expertos de la OMS sobre el Uso de Medicamentos Esenciales⁹⁷.

En vista de que existían diferentes directrices sobre donativos de medicamentos, se consideró necesario disponer de una normativa completa que se pudiera aplicar y utilizar por las principales instituciones internacionales dedicadas a actividades de socorro de emergencia. Por esta razón, el Programa de Acción de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicamentos Esenciales preparó un anteproyecto que fue remodelado en colaboración con las principales instituciones internacionales que prestaban asistencia humanitaria, como eran la División de Gestión y Políticas Farmacéuticas y la División de Acción de Emergencia y Humanitaria, así como con las principales organizaciones internacionales de socorro y con numerosos expertos internacionales.

La primera edición de las *Directrices sobre Donativos de Medicamentos* se publicó en Mayo de 1996⁹⁸ y constaban de doce artículos sobre selección, calidad, suministro e información y comunicación.

⁹⁵ Consejo Mundial de Iglesias (1998). Normas Directrices para Donantes y Beneficiarios de Donaciones Farmacéuticas. Ginebra. Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias.

⁹⁶ Organización Mundial de la Salud (2006). El nuevo botiquín de urgencia. Lista de medicamentos y material médico para 10.000 personas y aproximadamente 3 meses. Ginebra. OMS (WHO/DAP/90.1)

⁹⁷ Organización Mundial de la Salud (1997). Uso de Medicamentos Esenciales: séptimo informe de Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos No. 867. Ginebra. OMS.

⁹⁸ Organización Mundial de la Salud (1996). Directrices sobre Donativos de Medicamentos. Ginebra. OMS (WHO/DAP/96.2)

Las *Directrices sobre Donativos de Medicamentos* representaban un consenso entre la OMS, la Acción de las Iglesias para la Salud del Consejo Mundial de Iglesias, el CICR, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, MSF, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y OXFAM.

En 1999 el número de copatrocinadores se hizo extensivo a Caritas Internationalis, la Federación Farmacéutica Internacional, Farmacéuticos sin Fronteras (FSF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial.

El objetivo de estas directrices era el de mejorar la calidad de los donativos de medicamentos, evitando al mismo tiempo dificultar esta acción. Las *Directrices sobre Donativos de Medicamentos* no constituyen un reglamento internacional sino que están destinadas a servir de base a la normativa nacional o institucional, adaptada y aplicada por los gobiernos y las organizaciones que se ocupan de estos donativos. Además en los últimos años han constituido el marco de referencia para la discusión acerca de las buenas prácticas en materia de donación de medicamentos a nivel internacional

En 1996, poco después de su publicación, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a la OMS mediante la resolución World Health Assembly (WHA) 49.14 que se examinase la experiencia acumulada con las directrices durante el primer año de su aplicación; de manera que en 1997 el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS emprendió un examen cuyos resultados, recogidos en un documento titulado *First Year Experiences with the Interagency Guidelines for Drugs Donations*⁹⁹. El análisis realizado dio lugar a una serie de modificaciones que fueron introducidas en el texto de las directrices en el año 1999¹⁰⁰.

⁹⁹ Organización Mundial de la Salud (1999). *Directrices sobre Donativos de Medicamentos*. Revisión 1999. Ginebra. OMS (WHO/EDM/PAR/99.4)

¹⁰⁰ World Health Organization (1997). *First Year Experiences with the Interagency Guidelines for Drugs Donations*. Ginebra. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. WHO.

Estas directrices, independientemente de evitar donaciones innecesarias, resultan necesarias debido a las siguientes causas:

- Los donantes suelen tener buenas intenciones, pero a menudo no tienen en cuenta los inconvenientes y consecuencias en el punto de recepción.
- La comunicación entre donantes y receptores no se establece en los mismos términos.
- Las necesidades de medicamentos pueden variar de un país a otro y de una situación a otra, por lo que los donativos tendrán que basarse en un análisis de las necesidades y se deberán seleccionar y distribuir de acuerdo con las políticas farmacéuticas y los sistemas administrativos existentes.
- Los medicamentos pueden resultar peligrosos si se utilizan mal, por lo que deben poder identificarse fácilmente mediante etiquetas y prospectos.

Aunque la ambición del Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas Farmacéuticas de la OMS es la de que todas las personas tengan acceso a los medicamentos esenciales que necesiten, se estima que más de un tercio de la población mundial aún no tiene acceso regular a medicamentos esenciales y que tan sólo un 20% de la población mundial consume el 80% de los medicamentos que se producen a nivel global¹⁰¹. Esta situación de desigualdad se atribuye a una serie de factores entre los que se encuentran la deficiente disponibilidad, selección, compra, almacenamiento, uso y calidad de los medicamentos. A raíz de esta dificultad de acceso, la mayoría de las intervenciones sanitarias en cooperación internacional han incluido, en alguno de sus objetivos, un suministro de medicamentos que con frecuencia se consigue a través de las donaciones.

¹⁰¹ DARDER, M. (2000). Donaciones de Medicamentos ¿Una ayuda o un problema? En *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, 74: 5-6.

Lo que se pretende por tanto, es que en el contexto de los sistemas de salud existentes en el mundo, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad, seguridad, eficacia e información adecuada garantizadas y a un precio asequible para las personas y la comunidad.

Por tanto, saber donar, ayudar a realizar una donación correcta de manera que ésta suponga un beneficio y permitir el acceso a medicamentos de primera necesidad en situaciones de emergencia y crisis de un país son los fines últimos que se plantean alcanzar con la aplicación de las Directrices sobre Donación de Medicamentos.

V.1 RECOMENDACIONES PARA UNA CORRECTA DONACIÓN HUMANITARIA

La ayuda humanitaria se basa en el respeto de los derechos de las comunidades afectadas y en los principios humanitarios fundamentales de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia y universalidad¹⁰².

Saber donar en una situación de catástrofe implica una serie de acciones diferenciadas para cada participante y sector de la cooperación en Asistencia Humanitaria y del país receptor. Estas acciones están orientadas a mejorar los procesos de cooperación así como la toma de decisiones respecto al suministro y la gestión de donaciones; y son clave para tener en cuenta antes, durante o después de cualquier situación de emergencia. La prisa para brindar la asistencia humanitaria de emergencia no debe ocultar la necesidad de prestar atención a los derechos de las personas afectadas por el desastre.

¹⁰² *Loc. cit.* en nota (1).

Lo fundamental es que las donaciones contribuyan a salvaguardar la dignidad de las personas durante la crisis. Donantes, autoridades y medios de comunicación deben prestar especial atención a las comunidades y grupos vulnerables y a los que son víctimas de discriminación (como niños y niñas, mujeres, indígenas, ancianos o personas con VIH/SIDA) porque requieren más ayuda para acceder a las donaciones y para que el proceso de asistencia no acentúe una situación negativa. Es de vital importancia que las necesidades especiales de estos grupos estén contempladas desde el inicio en la evaluación de daños y necesidades.

La solicitud de donativos por parte del país afectado debe estar basada en los primeros resultados de la evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN). Es importante que los donantes y los medios de comunicación consulten previamente a las autoridades nacionales o agencias humanitarias presentes en el terreno para conocer lo que se necesita de manera prioritaria y lo que no.

Las donaciones deben estar basadas en la EDAN¹⁰³. La evaluación preliminar debe ser rápida y creíble, se debe actualizar periódicamente y sobre todo no debe ser un proceso paralizante porque las acciones más urgentes de asistencia deben darse simultáneamente. Lo más importante es que, en este tipo de evaluaciones, se reflejen los daños y las necesidades de las poblaciones afectadas, resaltando aquellos sectores que pueden ser especialmente vulnerables para orientar la ayuda humanitaria de manera más detallada.

Siempre que sea posible, se deben promover las donaciones en efectivo, ya que la característica principal de una donación en efectivo es la flexibilidad que presenta para su utilización. Disponiendo de una donación en efectivo se puede impulsar su utilización para ejecutar acciones inmediatas al igual que para procesos de recuperación, porque en la fase de socorro permite conseguir lo que más se necesita en lugares cercanos o en países limítrofes al afectado; en fases

¹⁰³ Vid. Iniciativa Saber Donar. (2008). Recomendaciones generales. www.saberdonar.org. Disponible en versión html 10-12-2012.

posteriores, el dinero es usado para facilitar programas y proyectos que buscan reconstruir los medios de vida de las poblaciones.

Cuando ocurre un desastre, muchos países y organizaciones de todo el mundo se apresuran a cubrir las necesidades que aparecen inmediatamente después del evento sin conocer las acciones que plantea el país y los recursos que solicita para lograrlo, por tanto, es importante que la ayuda proporcionada al país afectado complemente y no duplique los esfuerzos.

Los donantes deben tener conocimiento de las acciones del país afectado antes de donar. De esta manera, se puede organizar la ayuda y se evitan esfuerzos para cubrir las mismas necesidades una y otra vez. También es importante conocer qué ayuda están proporcionando otros donantes y a quién, para lo cual existen una serie de documentos que cada país puede consultar *on line*.

Las donaciones realizadas de forma reglamentaria y a través de canales correctos que garanticen la llegada a su destino y respondiendo siempre a las necesidades expresadas sobre el terreno, son siempre positivas pues a todos nos motiva un único y mismo objetivo: ayudar sanitariamente al mayor número de personas que sufren a diario terribles tragedias.

V.1.1 RECOMENDACIONES PARA LOS PAÍSES DONANTES¹⁰⁴

Los países o instituciones donantes deben respetar y fortalecer los procedimientos de comunicación y los canales de recepción y distribución de donaciones del país afectado.

Existen diversas formas de ayudar a las poblaciones afectadas. Se pueden otorgar subvenciones de dinero en efectivo, donar suministros, prestar asistencia

¹⁰⁴ SANTIAGO, C. SAGÁSTEGUI, W. (2008) Preparados Contra los desastres. Perú. Soluciones Prácticas ITDG.

técnica, proveer alimentos, financiar proyectos, etc... Pero lo más importante es planificar las donaciones y evaluar qué tipo de donación es más pertinente. La calidad y la adecuación de la asistencia son más importantes que su tamaño, su valor monetario o la velocidad con que llega.

Lo más recomendable es que se notifiquen y se hagan llegar las donaciones a través de las autoridades responsables de la emergencia, que normalmente son los organismos nacionales de prevención y atención de desastres del país afectado, para no debilitar el sistema logístico nacional, las distribuciones ordenadas, así como el registro y control de las donaciones y el empadronamiento de la ayuda recibida en las comunidades. Si se da el caso de que las capacidades de esta entidad se vean sobrepasadas, es importante que se busque siempre la canalización de las donaciones a través de organizaciones que cuenten con capacidad, mecanismos y experiencia en la distribución de las mismas.

Se debe facilitar y promover el desarrollo rápido y oportuno de la EDAN y seguir las conclusiones de la misma para planificar las donaciones. Se debe colaborar con las autoridades nacionales y las organizaciones humanitarias presentes para elaborar y desarrollar de manera coordinada la evaluación de daños y el análisis de necesidades, que se realizan desde las primeras horas y días de la emergencia, y se planifiquen las donaciones de acuerdo a la información obtenida.

No se debe reaccionar exageradamente ante los informes de los medios de comunicación que solicitan ayuda urgente, a pesar de las trágicas imágenes que los medios pueden mostrar, es necesario formarse una visión de conjunto de la situación, esperar a los pedidos de ayuda del país, mantener contacto con las organizaciones sobre el terreno y contar con la información técnica pertinente. Todo ello constituye la forma de acercarse a las necesidades reales de la población.

Se deben seguir los procedimientos de comunicación, coordinación y supervisión establecidos por las autoridades de los países afectados por el

desastre. Esto se consigue mediante reuniones llevadas a cabo regularmente, como parte del proceso de planificación de desastres entre autoridades nacionales y representantes de los organismos donantes, como las ONG y otras organizaciones que participen en la asistencia humanitaria.

Los países y organizaciones donantes deben informarse y conocer los procedimientos aduaneros antes de realizar envíos internacionales, ya que enviar donaciones sin conocer los procesos de aduana, puede retrasar o paralizar la llegada de la ayuda a la zona de la emergencia.

Se debe consultar con el ministerio de relaciones exteriores del país afectado qué documentación debe acompañar a la donación y sobre qué procedimientos se deben seguir para que sus donaciones salgan rápidamente de los puertos de entrada al lugar del desastre.

Las donaciones, en muchas ocasiones, son contribuciones que están orientadas a aspectos o actividades muy específicos determinados por el donante, Sin embargo, siempre que sea posible, es necesario introducir criterios de flexibilidad que permitan a las autoridades o a las agencias humanitarias presentes en la zona tener la capacidad financiera de resolver nuevas prioridades y atender necesidades cambiantes de la población.

La asistencia internacional puede correr el riesgo de convertirse en un incentivo negativo para el desarrollo de capacidades locales, por lo que se debe promover y fortalecer la preparación nacional y local para desastres, de manera que se evite la dependencia de la ayuda recibida.

La ayuda humanitaria debe complementar los esfuerzos nacionales y asegurar que está en línea con los objetivos de preparación y fortalecimiento de capacidades existentes en el país.

Cada desastre o emergencia en el que se moviliza ayuda humanitaria es una oportunidad para evaluar qué procesos se llevan a cabo y extraer nuevas enseñanzas de la experiencia.

V.1.2 RECOMENDACIONES PARA LAS AUTORIDADES DE LOS PAÍSES RECEPTORES¹⁰⁵

Las autoridades de los países son responsables de conocer los daños y las verdaderas necesidades del país. Si bien el proceso de elaboración de la EDAN puede llevar algunos días, es importante que en las primeras horas se presenten estimaciones preliminares de las necesidades de asistencia antes de que los donantes comprometan todos sus fondos de emergencia. Es básico agilizar la evaluación de daños y el análisis de necesidades, compartir esa información de manera rápida y oportuna con los países donantes y otras organizaciones servirán de base para orientar la solidaridad y las donaciones.

El país que solicita ayuda debe determinar lo que necesita y enfatizar en lo que no necesita y debe ser preciso en los requerimientos, ya que ser claro trae consigo una ayuda más concreta y eficaz. La mayoría de las veces es más costoso gestionar o deshacerse de donaciones inapropiadas que nunca fueron requeridas.

Por otro lado, se recomienda mencionar muy claramente el nivel de prioridad de lo solicitado, el cual dependerá de las necesidades detectadas. Las pautas deben circularse entre todos los posibles proveedores de asistencia y los representantes diplomáticos y consulares en el extranjero.

El organismo nacional de prevención y atención de desastres suele ser el responsable de la coordinación de la asistencia humanitaria, en colaboración con el ministerio de relaciones exteriores, por lo que se deben fortalecer las relaciones y coordinaciones intersectoriales entre las autoridades nacionales. Los ministerios

¹⁰⁵ Vid. Iniciativa Saber Donar. (2008) Recomendaciones para Autoridades. www.saberdonar.org. Disponible en versión html 10-12-2012.

nacionales participan en las acciones de la emergencia y se recomienda que se establezcan mecanismos de coordinación por sectores prioritarios e intersectoriales. La cancillería y la entidad de cooperación internacional son responsables de la solicitud internacional de ayuda y del recibo y difusión de información.

Las misiones diplomáticas y consulares que representan al país afectado en el exterior juegan un papel fundamental en la gestión, coordinación y búsqueda de ayuda de la comunidad internacional.

Se deben establecer mecanismos ágiles de recepción de donaciones. Si no existe un protocolo de procedimientos de entrada de ayuda humanitaria al país afectado, el ministerio de relaciones exteriores debe asegurarse de crear este mecanismo y difundirlo prontamente junto con el pedido de ayuda internacional.

En situaciones de emergencia, la información debe circular sin trabas y se debe asegurar que el manejo de los suministros se haga de manera responsable. Se deben proporcionar informes sobre el estado de los envíos y la distribución de los suministros. Puede ocurrir que la ayuda empiece a llegar muy rápidamente y el país afectado aún no haya instalado un adecuado registro de suministros, con lo cual pierde valiosa información para mejorar la administración del socorro, para que esto no ocurra se debe establecer y promover el uso de mecanismos y herramientas para identificar, organizar y distribuir las donaciones que se están recibiendo.

A la vez se debe mantener una línea de comunicación y coordinación con los donantes para conocer los mecanismos de asistencia que tienen los donantes, con la finalidad de no esperar al momento mismo en que se produce la emergencia para tomar contacto con ellos. Es fundamental para no duplicar esfuerzos, mantener canales fluidos de información y coordinación con los medios de comunicación, ya que primeramente es a través de ellos como se reclama la ayuda.

Es cierto que la prensa tiende a señalar los fallos del sistema más que los logros alcanzados pero esto no debe ser motivo para alejarse de los medios de comunicación y no proveer información. No se debe esperar a que llegue el desastre para establecer relaciones, éstas se deben establecer con anterioridad. El contacto y el intercambio responsable con los medios de comunicación es un símbolo de transparencia y responsabilidad técnica y política.

V.1.3 RECOMENDACIONES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN¹⁰⁶

La manera como se presentan las noticias, el tratamiento y enfoque que se le da a la información, la dramatización del contenido, la selección de las fuentes y el tiempo que se invierte informando sobre el desastre tienen repercusión en la movilización de ayuda nacional e internacional, por lo que esta información debe manejarse con responsabilidad.

La cobertura minuto a minuto sensibiliza e impacta a las personas por lo que puede lograr la movilización, en diversas escalas, de ayuda humanitaria. El riesgo es que esta información sea poco precisa y contrastada, lo que produciría una distorsión de la realidad y de las necesidades prioritarias de los afectados. Muchos periodistas, nacionales e internacionales, pueden llegar al lugar del desastre y no haber tenido experiencia cubriendo situaciones de emergencia por lo que pueden perder un tiempo muy valioso intentando obtener información sobre las necesidades.

Son los medios de comunicación los que, en los desastres, pueden influir en el curso de la ayuda humanitaria o pueden, ellos mismos, realizar pedidos espontáneos de donaciones considerando testimonios de los afectados, de las autoridades locales o en virtud de las carencias que ellos mismos pueden estar pasando. Se debe, por tanto, contrastar diversas fuentes de información antes de promover una petición de ayuda.

¹⁰⁶ Vid. Iniciativa Saber Donar. (2008) Recomendaciones para Medios de Comunicación. www.saberdonar.org. Disponible en versión html 10-12-2012.

Los medios de comunicación tienen la capacidad de divulgar campañas mediáticas para atraer grandes cantidades de donaciones, pero esto lo deben realizar a través de la información adecuada. En consecuencia, son capaces de colaborar para que las donaciones espontáneas se realicen teniendo en cuenta las necesidades y los criterios marcados por las autoridades y organismos de ayuda humanitaria. Los medios de comunicación deben informar y mantener la información desde el primer momento y durante la evolución de la emergencia.

En la mayoría de las emergencias, las necesidades de los afectados van mucho más allá de la asistencia inicial de salud, las necesidades perduran y en muchas ocasiones, se incrementan o varían justo cuando decrece el interés de los medios de comunicación y del público en general por la evolución de la situación. Los medios de comunicación deben contribuir a seguir haciendo visibles esas necesidades de asistencia y cooperación con las poblaciones afectadas.

Es muy importante constatar que los medios de comunicación colaboran en todo momento para no fomentar el envío indiscriminado de materiales, alimentos, medicamentos, vestimenta, etc... que puedan ser adquiridos de manera local.

V.1.4 RECOMENDACIONES PARA LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

Las ONG de carácter humanitario están dispuestas a trabajar con las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales para aportar mejor asistencia en situaciones de desastre, por tanto, las organizaciones intergubernamentales admitirán a las ONG de carácter humanitario nacionales y extranjeras como asociadas valiosas.

Las ONG obedecen a un espíritu de asociación que respeta la integridad y la independencia de todos los asociados, por lo que las organizaciones

intergubernamentales deben respetar la independencia y la imparcialidad de las ONG de carácter humanitario.

La coordinación general que requiere la intervención internacional, motivada por una catástrofe, es responsabilidad del gobierno del país afectado y de las autoridades competentes de las Naciones Unidas. Sin embargo, las ONG pueden proporcionar este servicio en un momento concreto y de manera eficaz a fin de ayudar al Estado afectado y a la comunidad nacional e internacional a hacer frente al desastre¹⁰⁷. De cualquier manera, las ONG de carácter humanitario desplegarán todos los esfuerzos necesarios para velar por la eficaz coordinación de sus propios servicios.

Las organizaciones intergubernamentales aplicarán a las ONG de carácter humanitario las mismas medidas de protección de su seguridad que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y les facilitarán el mismo acceso a la información pertinente que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

¹⁰⁷ Vid. FISCHER, H., ORAÁ, J. (2000) *Derecho Internacional y Ayuda Humanitaria*. Bilbao. Universidad de Deusto. Serie Ayuda Humanitaria, Textos básicos.

CAPÍTULO VI MARCOS DE INTERVENCIÓN Y DIRECTRICES EN MATERIA DE DONACIÓN HUMANITARIA

*D*irectriz: “Conjunto de instrucciones o normas generales para la ejecución de algo. Dicho de una cosa: Que determina las condiciones para la generación de algo.”¹⁰⁸

VI.1 A NIVEL INTERNACIONAL

A lo largo de la historia, las catástrofes naturales así como los conflictos bélicos, no sólo han generado enormes pérdidas y daños a la infraestructura de las viviendas, la industria, las vías de comunicación y los servicios básicos, provocando enormes pérdidas a la economía de los países afectados; sino que los efectos son aún mayores cuando estos desastres afectan a los países de economías débiles comprometiendo de manera considerable sus esfuerzos de desarrollo, sin tener en cuenta que algunos de estos desastres pueden afectar a la seguridad alimentaria de las poblaciones por la pérdida de la producción agrícola y ganadera durante periodos de tiempo prolongados.

Pero los efectos más significativos y no necesariamente bien cuantificados son las pérdidas directas e indirectas sufridas por las personas damnificadas, cuyas pérdidas significan muchas veces el resultado del esfuerzo de generaciones. Se suma a esto el impacto psicológico, traumas psíquicos que suelen acompañarlos de por vida particularmente si las pérdidas son asociadas a sufrimientos por pérdidas de sus seres queridos, las agresiones recurrentes y la incertidumbre que les genera un incierto futuro como es el caso de los desplazamientos humanos en desastres complejos.

¹⁰⁸ Diccionario de la Lengua Española. 22^a Edición. Real Academia Española. www.rae.es
Disponible en versión html 21-12-2012

La comunidad internacional siempre ha respondido de manera espontánea y solidaria para asistir a los damnificados en las etapas más críticas proporcionando asistencia médica, alimentación y abrigo. La asistencia humanitaria expresa lo más noble del género humano sin tener en cuenta diferencias ideológicas o culturales que a veces separan a los países. Con el tiempo esta asistencia se ha sistematizado y la donación y acción humanitaria se ha ido dotando de un marco normativo e institucional propio basado en el respeto de unos principios y valores. Esta asistencia se ha ido concretando en unas directrices e instrumentos jurídicos de diversa índole y alcance.

Son muchas las organizaciones y organismos los que a través de tratados, convenios o acuerdos intervienen en la acción humanitaria a nivel internacional, desempeñando, todas ellas, funciones necesarias para el correcto desarrollo y la adecuada funcionalidad de la misma.

VI.1.1 MARCO NORMATIVO

En los últimos años, en materia de normativa y principios orientadores a nivel internacional se han adoptado medidas que han contribuido a diversos avances y a una mayor clarificación del marco jurídico e institucional que concierne a la acción humanitaria. En este sentido, el auge de las cuestiones humanitarias ha provocado que los organismos internacionales hayan adoptado posiciones novedosas y, sobre todo, más sólidas.

A continuación se describen cuales son los tratados, convenios o acuerdos adoptados por los diversos organismos que intervienen y cuál es su contenido y relevancia. Estos documentos son los que han servido de base y se han convertido en manuales prioritarios de consulta y cumplimiento en las intervenciones de acción humanitaria.

Tratados, convenios o acuerdos prioritarios para la acción humanitaria

ONU	
DOCUMENTO	CONTENIDO Y RELEVANCIA
Carta de las Naciones Unidas (1945) ¹⁰⁹ .	Subraya como propósitos de la ONU, entre otros, realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario y; servir de centro que armonice esfuerzos de las naciones por alcanzar los propósitos comunes.
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) ¹¹⁰ .	<p>Establece la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos. Define un núcleo mínimo de derechos inderogables y el derecho a una vida digna como derecho fundamental.</p> <p>En el artículo 14 se precisa que: <i>“En caso de persecución toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él en cualquier país”</i>. Aunque ciertos derechos sean derogables en situaciones de excepción, el “núcleo duro” de los derechos humanos es inderogable ni tan siquiera en situaciones de conflicto armado o calamidad pública.</p>
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) ¹¹¹ y de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966) ¹¹² .	Ambas son herramientas jurídicas que tratan de garantizar aún más el derecho a la vida y la integridad personal, además, en el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales se amplían derechos como la salud y la alimentación.

¹⁰⁹ Loc. cit. en nota (40).

¹¹⁰ Loc. cit. en nota (29).

¹¹¹ Organización de las Naciones Unidas. (1966) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

¹¹² Organización de las Naciones Unidas. (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

<p>Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951)¹¹³.</p>	<p>Fija la definición de refugiado como “persona que huye por fundados temores” y sus derechos en relación con los países en los que demanda asilo. Recoge el principio de no devolución de los refugiados a sus países de origen.</p>
<p>Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados (1967)¹¹⁴.</p> <p>Resolución 46/182, de 1991¹¹⁵, sobre Fortalecimiento de la Coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia de la ONU.</p>	<p>Es de especial relevancia en el ámbito humanitario al ser los refugiados uno de los colectivos más vulnerables y mayoritarios en las crisis y conflictos. Junto a los aspectos de coordinación, determina los principios por los que debe regularse el trabajo humanitario de la ONU, estableciendo la imparcialidad, neutralidad e independencia como principios fundamentales de todo el sistema de Naciones Unidas. Además, crea el Departamento de Asuntos Humanitarios (DAH), posteriormente sustituido por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) en 1997. Crea la figura del Vicesecretario General para Asuntos Humanitarios, con dependencia directa del Secretario General de la ONU. Pone en marcha mecanismos de financiación y sistemas de coordinación entre las agencias de la ONU y de éstas con el resto y dio lugar a la creación sistemas de información especializados.</p>

¹¹³ Organización de las Naciones Unidas. (1950) Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. Adoptada el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el estatuto de los refugiados y de los apátridas (Naciones Unidas), convocada por la Asamblea General en su resolución 429 (V), de 14 de diciembre de 1950.

¹¹⁴ Organización de las Naciones Unidas. (1967) Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados. Firmado en Nueva York el 31 de enero de 1967.

¹¹⁵ Organización de las Naciones Unidas. (1991) Resolución 46/182, de 19 de diciembre de 1991, A/RES/46/182, sobre Fortalecimiento de la Coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia del Sistema de la Naciones Unidas Resolución aprobada por la Asamblea General durante su cuadragésimo sexto periodo de sesiones.

<p>Principios Rectores que deben regir el Desplazamiento Interno (Principios Deng) (1998).</p>	<p>No se trata de un convenio internacional, pero sí de un documento de consenso que pretende cubrir el vacío legal para este sector, mayoritario en las actuales crisis, que no cuenta con instrumentos de protección similares a los refugiados. Tienen la particularidad de reunir en un mismo documento elementos de tres ramas del derecho internacional público: derecho internacional humanitario, derecho de los derechos humanos y derecho de los refugiados.</p>
<p>Otros instrumentos jurídicos internacionales amplían la protección jurídica también en casos de conflicto armado y en situaciones en las que se desarrolla la acción humanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención para la prevención y sanción del delito de genocidio (1948)¹¹⁶. • Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (1984)¹¹⁷. • Convención sobre los derechos del niño (1989)¹¹⁸. • Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)¹¹⁹. 	
<p>Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998)¹²⁰.</p>	<p>Una de las cuatro categorías de crímenes es el castigo a los crímenes de guerra y violaciones del Derecho Internacional Humanitario (DIH). Tendrá carácter permanente frente al planteamiento <i>ad hoc</i> de los anteriores Tribunales Penales Internacionales.</p>

¹¹⁶ Organización de las Naciones Unidas. (1948) Convención para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 260 A (III), de 9 de diciembre de 1948.

¹¹⁷ Organización de las Naciones Unidas. (1984) Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984.

¹¹⁸ Convención sobre los derechos del niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.

¹¹⁹ Organización de las Naciones Unidas. (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180 de 18 de diciembre de 1979.

¹²⁰ Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. B.O.E. nº 126, 27-05-2002, pág. 18824-18860.

Marco de acción de Hyogo para 2005-2015 ¹²¹ .	Documento base de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres auspiciada por la ONU. Fue aprobado en la Conferencia Mundial para la Reducción de Desastres de Kobe (Japón) en 2005. Contiene una serie de propuestas sobre prevención, alerta temprana, gestión de riesgos, etc..., con especial énfasis en desastres naturales.
<p>Numerosas resoluciones o conclusiones de reuniones internacionales en diversas materias tratan de desastres naturales, reducción de riesgos y predicción de fenómenos adversos. Para una revisión exhaustiva se puede ver el <i>Informe del Decenio Internacional para Reducción de Desastres (Living with Risk)</i> en el que se recopilan todas las iniciativas internacionales, con especial referencia a la ONU, que tienen que ver con desastres naturales y tecnológicos.</p>	
<p>Estados parte en los convenios de Ginebra y protocolos adicionales.</p> <p>CICR.</p>	
Convenios de Ginebra (1949) ¹²² .	Los Convenios de Ginebra son la base del DIH y establecen los derechos de las víctimas de los conflictos armados y los criterios para su protección y asistencia. El artículo 3, común a los cuatro Convenios, fija los mínimos que deben respetarse con todas las víctimas y establecen las obligaciones de los contendientes y el derecho de las organizaciones humanitarias a prestar asistencia.
Protocolos Adicionales del DIH (1977) ¹²³ .	Desarrollan y precisan el ámbito de los cuatro convenios de Ginebra en los conflictos armados internacionales, e incluyen los conflictos internos.

¹²¹ Organización de las Naciones Unidas. (2005) Marco de acción de Hyogo para 2005-2015. Aprobado en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres celebrada en Kobe, Hyogo (Japón), del 18 al 22 de enero de 2005. A/CONF.206/6.

¹²² Se conoce con el nombre de Convenios de Ginebra o Convenciones de Ginebra al conjunto de los cuatro convenios internacionales que regulan el derecho internacional humanitario, también conocido por ello como derecho de Ginebra, cuyo propósito es proteger a las víctimas de los conflictos armados.

¹²³ Adoptados el 8 de junio de 1977, los Protocolos adicionales I y II del DIH son tratados internacionales que complementan los Convenios de Ginebra de 1949. Mejoran significativamente la protección jurídica conferida a los civiles y los heridos y, por primera vez, establecen normas humanitarias aplicables en guerras civiles.

Estados firmantes del convenio de Londres	
Convenio de Londres sobre Ayuda Alimentaria (1999) ¹²⁴ .	Sus compromisos representan avances importantes en los objetivos y gestión de la ayuda alimentaria, al incorporar elementos de seguridad alimentaria y aclarar, al tiempo, el papel de la ayuda alimentaria de emergencia.
UE	
Tratado de Niza (2001) ¹²⁵ .	Recoge en el artículo 17.2, dentro del ámbito de la Política Europea de Seguridad y Defensa (PESD) y como elemento de la Política Exterior y de Seguridad Común (PESC), las llamadas misiones Petersberg ya previstas por la Unión Europea Occidental (UEO) “misiones humanitarias y de rescate, misiones de paz”.
Reglamento de acción humanitaria 1257/96, de 1996 ¹²⁶ .	Establece los principios de la acción humanitaria comunitaria, así como las modalidades de gestión y movilización de recursos. Refuerza la idea de la ayuda como derecho y su compromiso con el respeto del derecho y de los principios de imparcialidad, independencia y neutralidad. Es hasta ahora la base jurídica de la acción humanitaria de la UE, y aunque la propuesta de Tratado Constitucional incluye un apartado dedicado a este tema, la acción humanitaria sólo está recogida actualmente en los Tratados al hilo de las misiones Petersberg.

¹²⁴ Convenio sobre la Ayuda Alimentaria (1999) Londres (Reino Unido). B.O.E. nº 224, 18-09-1999, pág. 33601-33609.

¹²⁵ Tratado de Niza por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 10-03-2001. C80/01.

¹²⁶ Reglamento (CE) nº 1257/1996 del Consejo de 20 de junio de 1996 sobre la ayuda humanitaria. DO L nº 163, 02-07-1996, pág. 1-9. Modificado por: Reglamento (CE) nº 1882/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de septiembre de 2003. DO L nº 284/1, a su vez modificado por: Reglamento (CE) nº 219/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2009. DO L nº 87/109.

Estrategia de Seguridad Europea (2003) ¹²⁷ .	<p>Considera que ninguna de las nuevas amenazas (terrorismo, armas de destrucción masiva, conflictos regionales, descomposición del Estado y delincuencia organizada) es meramente militar, ni puede atajarse únicamente con medios militares. Cada una de ellas requiere una combinación de instrumentos (policiales, judiciales, militares, humanitarios, etc...). Menciona que la UE debe ser capaz de actuar antes de que se produzcan emergencias humanitarias.</p>
ONU, Gobiernos donantes y OCDE	
Iniciativa de Buena Donación Humanitaria (<i>Good Humanitarian Donorship GHD</i>) (2003) ¹²⁸ .	<p>Iniciativa puesta en marcha por un conjunto de 17 países, sumándose España en el año 2004. Fueron elaboradas para mejorar la coherencia y la eficacia de las acciones de los donantes, las organizaciones de ejecución y los grupos nacionales, con respecto a la financiación, la coordinación, el seguimiento y la evaluación. Es actualmente el marco de referencia fundamental para los donantes que deben elaborar Planes de Acción de la puesta en práctica de la GHD.</p>
CAD / OCDE. Organismos e instituciones multilaterales, bilaterales y 18 países asociados	
Declaración de Roma sobre la Armonización (2003) ¹²⁹ .	<p>Aunque se trata de una declaración general sobre cooperación, al ser considerada la ayuda de emergencia como un componente de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), los criterios de armonización le son de aplicación.</p>

¹²⁷ Estrategia de Seguridad Europea (2003) Bruselas (Bélgica).

¹²⁸ Aprobados en Estocolmo el 17 de junio de 2003 por Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Finlandia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza.

¹²⁹ Declaración de Roma sobre la armonización (2003) Primer foro de alto nivel, Roma (Italia).

	Representa un importante esfuerzo internacional por armonizar las políticas, los procedimientos y las prácticas operacionales de las instituciones con los de los sistemas vigentes en los países asociados.
Directrices del CAD sobre los conflictos, la paz y la cooperación para el desarrollo (1997).	Publicadas en 1997 se han convertido en el documento más importante para tratar aspectos relativos a la acción en tiempo de conflicto y en las tareas de prevención y reconstrucción. Establecen los marcos temporales de la ayuda en la fase previa, durante y después de los conflictos.
CAD / OCDE. Bancos e instituciones multilaterales de desarrollo y asistencia (Representantes de 90 países)	
Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005) ¹³⁰ .	Los países desarrollados, en desarrollo y las instituciones de desarrollo multilaterales y bilaterales se comprometen a emprender acciones de largo alcance y supervisables con vistas a reformar los modos en que se suministra y gestiona la ayuda, observando la revisión quinquenal de la ONU de la Declaración del Milenio y los ODM. Se comprometen a aumentar el volumen de la ayuda y, al mismo tiempo y de manera significativa, su eficacia, así como a respaldar el esfuerzo que realizan los países socios reforzando sus gobiernos y mejorando el desempeño del desarrollo.
ONU: Asamblea General	
Resolución A/RES/60/1. Documento final de la Cumbre Mundial (2005) ¹³¹ .	La Resolución incluye el concepto de “responsabilidad de proteger”, el cual tiene una importancia crucial para la protección de civiles y la acción humanitaria.

¹³⁰ Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005) Segundo foro de alto nivel, París (Francia).

¹³¹ Organización de las Naciones Unidas. (2005) Documento final de la Cumbre Mundial. Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de septiembre de 2005. A/RES/60/1. Distribución general 8ª sesión plenaria 24-10-2005.

ONU: Consejo de Seguridad

Desde mediados de los años noventa, numerosas resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSNU) incluyen referencias a las cuestiones humanitarias y, especialmente, al papel de las Fuerzas de Paz en las llamadas Misiones integradas.

ONU / OCAH

Directrices de Oslo sobre el uso de medios militares y de defensa civil en operaciones de socorro en casos de desastre. Elaboradas por la OCAH en 1994, regulan el uso de medios civiles y militares en el caso de desastres naturales. Se elaboraron a lo largo de un periodo de 2 años a partir de 1992. Fueron un esfuerzo de colaboración que culminó con la Conferencia Internacional celebrada en Oslo (Noruega) en enero de 1994.

Directrices sobre el uso de medios militares y de defensa civil para el apoyo a las Naciones Unidas en emergencias complejas (2003). Son una actualización de las Directrices de Oslo de 1994 realizadas por el Grupo Consultivo sobre la utilización de recursos militares y de la defensa civil. (RMDC)

Organización Mundial de Aduanas

Dada la importancia de los trámites aduaneros en la asistencia a desastres, existen numerosas normas y acuerdos.

- Convenio Internacional sobre Simplificación y Armonización de Regímenes Aduaneros (1973)¹³². El Convenio original fue aprobado en Kyoto en 1973 y entró en vigor en septiembre de 1974. Se revisó durante varios años y fue modificado en 1999. Es un instrumento internacional tendiente a disminuir las divergencias existentes entre los regímenes aduaneros de los diferentes países que pueden obstaculizar el comercio internacional.
- Convenio aduanero A.T.A. de Admisión Temporal de Mercancías (1961)¹³³. Documento Internacional que permite la importación temporal (durante un tiempo menor a 1 año) de bienes sin pagar los aranceles e impuestos para ser posteriormente exportados.

¹³² Convenio Internacional sobre Simplificación y Armonización de Regímenes Aduaneros (1974). Kyoto (Japón).

¹³³ Convenio Aduanero A.T.A. de Admisión Temporal de Mercancías. Firmado el 6 de diciembre de 1961.

- Convenio de Estambul relativo a la Importación Temporal de Mercancías (1990)¹³⁴. Su objetivo es unificar las distintas posiciones para la simplificación y armonización del régimen aduanero de internación temporal, con la finalidad de estandarizar la documentación y el proceso aduanero.

Unión Internacional para las Telecomunicaciones (UIT).

Convenio de Tampere sobre el Suministro de Recursos de Telecomunicaciones para la Mitigación de Catástrofes y las Operaciones de Socorro en casos de Catástrofe (1998)¹³⁵.

La Convención de Tampere ofrece el marco para la utilización de las comunicaciones en la asistencia humanitaria internacional:

- Suprime las barreras reglamentarias.
- Protege a los proveedores de asistencia en telecomunicaciones.
- Preserva al mismo tiempo los intereses del país huésped.

Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. ONG.

Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y las ONG, también conocido por Código de Conducta para la Ayuda Humanitaria. (1994)¹³⁶.

Preparado conjuntamente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna roja y el CICR.

Propone un decálogo de principios que refuerza los valores humanitarios de imparcialidad o independencia, y aborda también cuestiones con vistas al desarrollo, como la lucha contra la vulnerabilidad, la participación de los beneficiarios o la rendición de cuentas ante los beneficiarios.

¹³⁴ Convenio de Estambul relativo a la Importación Temporal de Mercancías. Adoptado por el Consejo de Cooperación Aduanera (hoy Organización Mundial de Aduanas) el 26 de junio de 1990.

¹³⁵ Convenio de Tampere sobre el Suministro de Recursos de Telecomunicaciones para la Mitigación de Catástrofes y las Operaciones de Socorro en casos de Catástrofe. Aprobada el 10 de noviembre de 1998.

¹³⁶ Comité Internacional de la Cruz Roja. (1995) Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y las ONG. <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/64zpm8.htm>. Disponible en vers. html 10-04-2014.

OCAH. Agencias ONU. ONG. Países Donantes.	
Proyecto Esfera (<i>Sphere Project</i>) (1997).	<p>Iniciativa lanzada en 1997 por un grupo de organizaciones humanitarias con el objetivo de establecer, por primera vez, una serie de normas mínimas universales en las áreas más importantes de la Ayuda Humanitaria. Presente dos componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Carta Humanitaria, que reconoce y reafirma el derecho a la asistencia humanitaria y a la protección que tienen las personas afectadas por catástrofes naturales o conflictos armados en base a los tratados internacionales vigentes de derechos humanos y DIH. • Las Normas Mínimas, que fijan los niveles mínimos de asistencia que tienen que proporcionarse y que los afectados tiene derecho a esperar en cada uno de los 5 principales campos de la ayuda humanitaria: abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, cobijo y servicios de salud.
ONU. Redes de ONG. Algunos estados.	
Carta Humanitaria de Madrid (1995)	<p>Este documento es, tanto un acuerdo entre las organizaciones que lo suscribieron como un llamamiento a la opinión pública y a la comunidad internacional en torno a la gravedad de las crisis y a la necesidad de algunos planteamientos comunes para abordarlas. El consenso alcanzado se consideró de gran importancia, ya que por primera vez establecía posiciones comunes sobre la ayuda humanitaria entre los donantes, los organismos internacionales, las ONG humanitarias y el Comité de enlace de las ONG de desarrollo europeas.</p>

OCDE	
Arrangement on Guidelines for Officially Supported Export Credits (1992) ¹³⁷ .	<p>En febrero de 1992, la OCDE anunciaba una nueva reglamentación sobre la ayuda ligada (créditos), la llamada <i>Helsinki Package</i>, cuyo propósito fue limitar distorsiones en la ayuda y el comercio, y orientarla a recursos externos imprescindibles para proyectos y países con poco o ningún acceso al mercado financiero. Según estas reglas la ayuda se limitaría a proyectos relevantes para el desarrollo. Estas reglas fueron revisadas en 2003, y se puso un énfasis especial en la adecuación de la ayuda ligada a las posibilidades y necesidades reales del país receptor en el marco de proyectos justificados, así como a la calidad y pertinencia de los recursos provistos con este instrumento.</p>
Organización del Tratado Atlántico Norte (OTAN)	
Tratado de Washington (1949) ¹³⁸ .	<p>El Tratado de Washington fue el texto jurídico fundacional de la Alianza Atlántica suscrito el 04 de abril de 1949 en la capital norteamericana. Los estados miembros, a través de este tratado, se comprometieron a fomentar las condiciones necesarias para la estabilidad y el bienestar, el mantenimiento de la paz y de la seguridad internacional y la gestión de crisis, contribuyendo a la prevención de conflictos y desarrollando operaciones de respuesta a crisis.</p> <p>El nuevo Concepto Estratégico de la OTAN, aprobado por los jefes de Estado y de Gobierno que participaron en la reunión del consejo del Atlántico Norte en Washington en abril de 1999, describe la naturaleza y el objetivo permanente de la OTAN, así como sus tareas fundamentales de seguridad.</p>

¹³⁷ Organization for Economic Co-operation and Development. (OECD). (1992) Arrangement on Guidelines for Officially Supported Export Credits.

¹³⁸ Organización del Tratado del Atlántico Norte. (1949) Tratado del Atlántico Norte. Firmado en Washington el 04 de abril de 1949.

Tabla 2. Lista de tratados, convenios o acuerdos prioritarios para la acción humanitaria.

Fuente: Adaptación sobre datos de FRANCISCO REY MARCOS en *Estrategia de acción humanitaria de la cooperación española para el desarrollo*. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007.

VI.1.2 MARCO INSTITUCIONAL

La acción humanitaria, para ser eficaz, requiere de una serie de procesos de coordinación y armonización, los cuales desempeñan una serie de organismos, organizaciones y cooperantes internacionales. Éstos pueden tener para ello un mandato efectivo o formal, y pueden ejercer dos tipos de funciones generales: directa o complementaria.

- *Coordinación directa.*

Es desarrollada por aquellos organismos o interventores con quienes se coordinan directamente las actividades que definen la acción humanitaria.

Organismos de Coordinación Directa

OCAH
<p>Organismo de coordinación de la respuesta humanitaria del sistema de la ONU. Desde su creación como DAH de las Naciones Unidas en 1991 y posterior transformación en 1997, la OCAH tiene el mandato de impulsar la coordinación de la respuesta humanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde la perspectiva operativa a través de la cooperación abierta y permanente de la agencia española de cooperación internacional y de los planes de acción humanitaria común o de los llamamientos urgentes para emergencias súbitas. • Desde la perspectiva financiera a través del CERF.

ACNUR
<p>Organismo creado en 1950 por la Asamblea General, es la agencia líder cuantitativamente en la prestación de asistencia y protección a refugiados.</p> <p>Se calcula que unos 20 millones de personas estarían bajo su incumbencia. Es la agencia de la ONU que gestiona el mayor volumen de acción humanitaria. En la ejecución de sus proyectos trabaja en cooperación con ONG.</p>
Inter-Agency Standing Committee (IASC)
<p>Organismo creado por la Resolución 46/182¹³⁹ para la coordinación entre las agencias de ONU y las redes de ONG y/u otras agencias humanitarias no pertenecientes a la ONU. Es un foro de diálogo y de elaboración de disposiciones en cuestiones estratégicas importantes para la acción humanitaria.</p>
Departamento de Operaciones de Paz de la ONU (DPKO)
<p>Dado que algunas de las operaciones de paz tienen mandatos vinculados a la acción humanitaria, este departamento desempeña un papel importante en algunas situaciones.</p> <p>Tras el “Informe Brahimi”¹⁴⁰ sobre las operaciones de paz, algunas de ellas han incluido cuestiones humanitarias dentro de lo que se llama el “enfoque de la coherencia” o enfoque integrado en operaciones complejas.</p>
OACDH
<p>Junto con el reciente Consejo de Derechos Humanos son los pilares básicos del sistema de protección de los derechos humanos en la ONU.</p>

¹³⁹ *Loc. cit.* en nota (115).

¹⁴⁰ Organización de las Naciones Unidas. (2000) Informe Brahimi de 13 de noviembre de 2000. Informe del Grupo de Trabajo de Mantenimiento de la Paz (ONU/Eskinder Debebe) sobre las Operaciones de Paz de las Naciones Unidas.

PMA
<p>Organismo especializado en la ayuda alimentaria especialmente en emergencias. Dado que muchas de las crisis tienen un componente alimentario, su relevancia cuantitativa y cualitativa es muy grande.</p>
Otras agencias de la ONU
<p>Un gran número de agencias especializadas de la ONU dedican parte de su esfuerzo a las cuestiones humanitarias. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS en cooperación con la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otras colaboran en las emergencias o crisis de larga duración.</p>
OCDE / CAD
<p>La OCDE se ha convertido en una fuente de información comparativa, de análisis y de previsiones, que permite a los países fortalecer la cooperación multilateral.</p> <p>Actualmente la OCDE cuenta con 30 países miembros y cerca de 70 países o economías en desarrollo y transición están asociados con su trabajo.</p> <p>El CAD es el principal órgano de la OCDE para las cuestiones de la cooperación al desarrollo especialmente vinculadas con su papel en los conflictos y la recuperación de la estabilidad.</p>
CICR
<p>El CICR desde su creación se encarga de tareas específicas relacionadas con la protección y asistencia a las víctimas de conflictos armados. En ese ámbito su función coordinadora es muy relevante.</p> <p>El CICR tiene un mandato específico de la comunidad internacional, ser protector de los Convenios de Ginebra e impulsor del DIH.</p>

Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja
<p>Movimiento compuesto por la Fundación Internacional de la Cruz Roja, las sociedades nacionales y el CICR. Dada la complejidad de este movimiento, se aprobó el Acuerdo de Sevilla en 1997¹⁴¹ con el fin de establecer ciertos criterios comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El acuerdo asignó al CICR el papel de agencia líder en la protección de personas atrapadas en conflictos armados o en luchas internas y también en el manejo de los efectos inmediatos de los refugiados o en desastres naturales generados durante los conflictos armados. • La Fundación Internacional de la Cruz Roja, por su parte, toma el liderazgo cuando el conflicto armado decae en la reconstrucción y la rehabilitación.
OTAN / Euro Atlantic Disaster Response Coordination Centre (EADRCC)
<p>Organismo creado en 1998 en el ámbito de la OTAN para la coordinación de la respuesta de los países del Euro-Atlantic Partnership Council (EAPC) a situaciones de desastre ocurridas en el ámbito EAPC, o en respuesta a peticiones de ayuda de otros países.</p>

Tabla 3. Procesos de coordinación directa. Listado de organismos, organizaciones y cooperantes internacionales.

Fuente: Adaptación sobre datos de FRANCISCO REY MARCOS en *Estrategia de acción humanitaria de la cooperación española para el desarrollo*. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007.

- *Armonización y coordinación complementaria.*

Es llevada a cabo por aquellas agencias que están especializadas o trabajan sectorialmente en un tema, con quienes se trataría de establecer o fortalecer un proceso de armonización que reduzca la duplicidad de esfuerzos y establezca las sinergias favorables para la acción humanitaria.

¹⁴¹ Federación Internacional de la Cruz Roja. (1997) Acuerdo sobre la Organización de las Actividades Internacionales de los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. Federación Internacional de la Cruz Roja. Sevilla.

Organismos de Coordinación Complementaria

UNICEF
El mandato del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia es la protección de los derechos de los niños y niñas del mundo. Cada vez más presente en emergencias y situaciones de necesidad humanitaria.
PNUD
Se encuentra más centrado en cooperación al desarrollo aunque también participa en emergencias provocadas por desastres naturales y en procesos post-desastre.
PAM
Principal organismo en cuestiones relacionadas con la alimentación, provisiona alimentos en situaciones de emergencia o de crisis con consecuencias alimentarias.
OMS
<p>Es el organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud. Su mandato es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.</p> <p>La OMS se presenta como una organización cuyo trabajo está en alza en emergencias y crisis.</p>
DPKO
Al incluir algunas Operaciones de Paz en misiones vinculadas a la acción humanitaria, el DPKO ejerce funciones de coordinación en el terreno y de especial relevancia para la agencias de la ONU.

Tabla 4. Procesos de coordinación complementaria. Listado de organismos, organizaciones y cooperantes internacionales.

Fuente: Adaptación sobre datos de FRANCISCO REY MARCOS en *Estrategia de acción humanitaria de la cooperación española para el desarrollo*. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007.

VI.1.3 DIRECTRICES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

La organización se creó el 7 de abril de 1948 y fue organizada por iniciativa del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, el cual impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. Los 193 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual está formada por representantes de todos los Estados Miembros.

El objetivo de la OMS, tal y como establece su Constitución, es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. Dicha Constitución define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹⁴².

Las primeras *Directrices sobre Donación de Medicamentos* fueron promulgadas por la OMS en el año 1996, publicándose una revisión posterior en el año 1999 y una tercera revisión en 2011. Las directrices de la OMS comprenden doce artículos, que están dispuestos en cuatro bloques y cada uno de ellos se dedica a explicar de forma detallada los requisitos y excepciones que debería cumplir un proceso correcto de donación de medicamentos¹⁴³. Son los que se exponen seguidamente:

¹⁴² Centro de información de las Naciones Unidas. (CINU). <http://www.cinu.mx>. Disponible en vers. html. 22-12-2012.

¹⁴³ *Loc. cit.* en nota (99)

Bloque I: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS.

Artículo 1

“Todos los donativos de medicamentos deben basarse en necesidades expresadas y estar acordes con la morbilidad del país receptor. Los medicamentos no se deben enviar sin la autorización previa del país receptor”.

Los receptores se encuentran obligados a especificar sus necesidades. El objetivo es evitar los donativos no solicitados y los que llegan sin previo aviso o sin que el receptor los desee. Este artículo, autoriza al país receptor a rehusar donativos no deseados.

Existen excepciones a lo dispuesto en este artículo, como en el caso de situaciones agudas de emergencia, en las cuales se puede prescindir del consentimiento previo del receptor, siempre y cuando los medicamentos figuren en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales establecida por la Organización Mundial de la Salud¹⁴⁴, integrada en la lista de las Naciones Unidas de artículos para socorro de urgencia cuyo uso se recomienda en las emergencias agudas.

Artículo 2

“Todos los medicamentos donados o sus equivalentes genéricos deben estar aprobados en el país receptor para su empleo clínico y figurar en la lista nacional de medicamentos esenciales o, en ausencia de lista nacional, en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales establecida por la OMS, a menos que el receptor disponga otra cosa”.

Se trata de asegurar que todas las donaciones de medicamentos que se realicen se ajusten a las políticas farmacéuticas y a los programas de

¹⁴⁴ Loc. cit. en nota (66).

medicamentos esenciales del país receptor impidiéndose, de esta forma las donaciones de medicamentos que sean innecesarios o desconocidos en el país receptor elevándose al máximo el impacto positivo del donativo.

Existe una excepción a este artículo, ya que esto no tiene lugar en caso de medicamentos requeridos en brotes súbitos de enfermedades raras o de nueva aparición, ya que puede ser posible que en el país receptor el uso de ese tipo de medicamentos no esté autorizado.

Artículo 3

“La presentación, la potencia y la formulación de los medicamentos donados deben ser en lo posible análogas a las de los utilizados de ordinario en el país receptor”.

La mayor parte de los miembros que pertenecen al personal de salud que trabaja en los diferentes niveles asistenciales de un país están acostumbrados al empleo de ciertas fórmulas y pautas de dosificación y no pueden modificarlas continuamente. Además, dicho personal no suele tener el adiestramiento necesario para calcular los continuos cambios de dosis requeridos por esas modificaciones.

Bloque II: GARANTÍA DE CALIDAD Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

Artículo 4

“Todos los medicamentos donados deben proceder de una fuente fidedigna y ajustarse a las normas de calidad del país donante y del país receptor. Habrá que aplicar el Sistema OMS de certificación de la calidad de los productos farmacéuticos objeto de comercio internacional”.

Este artículo comprende dos aspectos muy importantes de la donación de medicamentos, primero, que aquellos medicamentos cuya calidad se considere inaceptable en el país de origen no podrán donarse a otros países; y segundo, que los medicamentos donados deben ser de venta autorizada en el país de origen y deben estar preparados de acuerdo a las normas internacionales enunciadas en las Prácticas Adecuadas de Fabricación de la OMS¹⁴⁵.

En los casos de emergencias agudas puede no cumplirse este artículo, ya que puede resultar imposible el empleo de la certificación de la OMS.

Cuando son los donantes los que facilitan fondos para adquirir medicamentos fabricados por empresas locales, no se podrá excluir a aquellos que satisfagan las normas nacionales basándose en que no se ajustan a las normas de calidad del país donante.

Artículo 5

“Los donativos no deben comprender medicamentos que hayan sido ya facilitados a enfermos y más tarde devueltos (por ejemplo, a una farmacia) ni tampoco los facilitados como muestras gratuitas a los profesionales de la salud”.

En la mayor parte de los países, no está permitido entregar a otros pacientes los productos devueltos por un enfermo a la oficina de farmacia, ni las muestras de productos facilitadas al personal de salud, por esta misma razón este tipo de productos tampoco deben ser objeto de donativos, entre otros motivos porque no se puede garantizar su calidad y porque se plantean problemas de gestión muy difíciles para el país receptor.

¹⁴⁵ Organización Mundial de la Salud (1998). Guía de la OMS sobre los Requisitos de las Prácticas Adecuadas de Fabricación. (PAF). Ginebra. OMS (WHO/VSQ/97.01 y 97.02)

Artículo 6

En la primera edición de las *Directrices sobre Donación de Medicamentos* el artículo número seis rezaba:

“En el momento de su entrada en el país receptor, todos los medicamentos donados deben tener un plazo de conservación de un año como mínimo.”

Sin embargo, este artículo fue el único que sufrió una modificación en la revisión de las directrices publicada en 1999. El artículo número seis amplió su contenido en el que ahora se lee:

“En el momento de su entrada en el país receptor, todos los medicamentos donados deben tener un plazo de conservación de un año como mínimo. Cabe hacer una excepción para los donativos directos a determinados establecimientos de salud, a condición de que el profesional responsable en el extremo receptor declare que está informado del plazo de conservación, y que la cantidad y la vida útil restante permitan la administración adecuada antes de la fecha de caducidad. En todos los casos importa notificar al receptor con bastante antelación la fecha de llegada y las fechas de caducidad de los medicamentos”.

En las situaciones de emergencia, los sistemas de recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos se encuentran con frecuencia alterados y sobrecargados, de modo que muchos medicamentos donados tienden a acumularse. Este artículo intenta evitar la donación de medicamentos que estén próximos a su fecha de caducidad, porque en muchas ocasiones llegarían ya caducados al paciente.

Es importante que el funcionario receptor, responsable de la aceptación del donativo, conozca perfectamente las cantidades de medicamentos donados, pues el almacenamiento en exceso podría llevar a desperdiciar la donación efectuada.

Existe una excepción a este artículo solo aplicable a aquellos medicamentos con una vida útil total de menos de dos años, en cuyo caso debe quedar por lo menos la tercera parte de su vida útil.

Bloque III: PRESENTACIÓN, ENVASE Y ETIQUETADO.

Artículo 7

“Todos los medicamentos deben estar etiquetados en un idioma que puedan comprender fácilmente los profesionales de la salud del país receptor; en la etiqueta de cada envase debe figurar por lo menos la Denominación Común Internacional (DCI, o el nombre genérico), el número de lote, la forma farmacéutica, la potencia, el nombre del fabricante, la cantidad contenida en el envase, las condiciones de almacenamiento y la fecha de caducidad”.

En la mayoría de los casos los programas formativos para los profesionales de la salud se basan en proporcionarles conocimientos sobre el uso de las denominaciones genéricas de los medicamentos, por tanto, todos los medicamentos donados deben llevar indicada en la etiqueta su DCI o su denominación genérica oficial y en el caso de los inyectables su vía de administración. De esta forma, se evitan, entre otros errores, las confusiones por parte del personal de salud que desconozca los nombres comerciales de los medicamentos.

Artículo 8

“En la medida de lo posible, los medicamentos donados se deben enviar en los envases de mayor tamaño de que se disponga, así como en envases para uso hospitalario”.

Los envases de gran tamaño son más baratos, más fáciles de transportar y mejor adaptados a los sistemas públicos de distribución en la mayor parte de los países en desarrollo. Este artículo también evita que se hagan donativos en envases muestra, considerándose también inapropiados los donativos de mezclas de medicamentos y los jarabes pediátricos.

Artículo 9

“Todos los medicamentos donados se deben envasar de conformidad con los reglamentos internacionales de transporte de mercancías e ir acompañados de una lista detallada de embalaje en la que se especifiquen el contenido de cada caja, numerada con indicación de la DCI, la forma farmacéutica, la cantidad, el número de lote, la fecha de caducidad, el volumen, el peso y, si procede, los requisitos especiales de almacenamiento. Cada caja no debe pesar más de 50 kg. En las cajas de medicamentos no deben figurar otros artículos”.

El objetivo es facilitar la administración, el almacenamiento y la distribución de los donativos en situaciones de emergencia, ya que la identificación y gestión de cajas remitidas sin señal alguna o con mezcla de medicamentos es mucho más lenta. Por otra parte, la limitación de peso garantiza que cada una de las cajas pueda ser manipulada sin necesidad de un equipo especial.

Bloque IV: INFORMACIÓN Y GESTIÓN.

Artículo 10

“A los receptores se les informará de todos los donativos de medicamentos en proyecto, preparados o en curso”.

Se trata de evitar la llegada de medicamentos al país receptor sin previo aviso, haciendo obligatorio avisar por anticipado de todos los donativos a fin de que el receptor pueda establecer los planes necesarios para entrar en posesión del donativo y coordinar éste con otras fuentes de suministro. La información que debe comprender como mínimo será el tipo y cantidades de medicamentos donados, su acción farmacológica, la forma farmacéutica, el fabricante y la fecha de caducidad, la referencia a toda correspondencia previa, la fecha prevista de llegada y el puerto de entrada, así como la identidad y señas de contacto del donante.

Artículo 11

“En el país receptor se basará el valor declarado del donativo de medicamentos en el precio al por mayor de su equivalente genérico a nivel local o, si no se dispone de esa información, en el precio al por mayor en el mercado mundial de su equivalente genérico”.

Esto es necesario para evitar que a los medicamentos donados se les asigne un precio basado en el de venta al por menor del producto en el país donante, lo cual podría elevar los gastos generales como consecuencia de las tasas de importación, derechos de aduana y manipulación.

Existe una excepción en el caso de medicamentos de patente, para los cuales podrá tomarse como referencia el precio de venta al por mayor del equivalente terapéutico más próximo.

Artículo 12

“Los gastos de transporte internacional y local, depósito y custodia, despacho de aduana y almacenamiento y manipulación apropiados deben correr a cargo de la institución donante, a menos que se convenga de antemano otra cosa con el país receptor”.

Esto evita los esfuerzos por parte del país receptor de dedicar dinero y empeño para el pago de derechos de aduana y transporte.

Los donativos de medicamentos pueden tener contextos muy diferentes, pueden hacerse en situaciones agudas de urgencia o en el marco de la ayuda al desarrollo de un país.

Dichos donativos pueden consistir, en donativos de corporaciones (directos o a través de organizaciones privadas), en asistencia a cargo de los gobiernos, o en donativos específicamente destinados a un determinado establecimiento sanitario.

Por tanto, podemos resumir que las doce directrices de la OMS sobre donación de medicamentos se basan en cuatro principios básicos, a saber:

1. El medicamento debe beneficiar en la mayor medida posible al receptor. Todo donativo, por tanto, debe basarse en las necesidades expresadas, evitándose los donativos de medicamentos no solicitados.
2. Todo donativo debe hacerse teniendo en cuenta los deseos y la autoridad del receptor y estar en conformidad con las políticas sanitarias oficiales y las disposiciones administrativas existentes.
3. Las normas de calidad deben ser las mismas para todos: si la calidad de un medicamento es inaceptable para el país donante, también lo será para el país receptor.
4. Entre donantes y receptores tiene que haber una comunicación eficaz, los donativos deben basarse en la necesidad expresada y no deben enviarse sin previo aviso.

VI.1.4 *POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN DE LOS DISTINTOS PAÍSES EN LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS*

Aunque las intenciones de los donantes son casi siempre incuestionables y las donaciones de medicamentos desempeñan un papel importante en los esfuerzos humanitarios, la regla basada en que “algo es siempre mejor que nada” en este contexto no debería aplicarse en ningún caso¹⁴⁶.

La OMS ha denunciado repetidamente la llegada masiva de medicamentos, que no se pueden utilizar, a países en situaciones de crisis, así como los problemas que se derivan de su almacenamiento incorrecto, su uso irracional y su difícil eliminación. Por todo esto, la OMS y distintas agencias internacionales de ayuda humanitaria consideraron necesario evaluar el mejor sistema para gestionar las donaciones de forma apropiada para cada situación. Este sistema de gestión debía basarse en los siguientes cuatro principios básicos, ya mencionados anteriormente, que pueden resumirse de la siguiente forma:

- La donación debe producir el máximo beneficio para el receptor.
- Deben respetarse las necesidades expresadas por el receptor y su autoridad.
- Los medicamentos donados deben cumplir los mismos criterios de calidad reconocidos en el país donante.
- Se tiene que producir una comunicación eficaz entre donantes y receptores.

Estos principios ayudan a los agentes del mercado farmacéutico a hacer un uso eficaz de los recursos escasos y a cubrir las necesidades básicas.

¹⁴⁶ TRAPERO-BERTRÁN, M. (1998) Donación de medicamentos, Una solidaridad problemática. Madrid. En *Ámbito Farmacéutico. Farmacia Social*. 27, 8: 107.

Cuando se producen situaciones de emergencia, los países afectados reciben un gran flujo de medicamentos y de equipos que no son relevantes para la situación en cuestión, así como grandes cantidades de medicamentos caducados o cuyos envases o prospectos se han redactado en una lengua desconocida por los receptores. Estas donaciones ineficaces van asociadas a distintos problemas, el más importante de los cuales es qué hacer con la recepción de medicamentos que no son relevantes para la situación de emergencia, o con los que sí lo son pero se han recibido en exceso.

Con todas estas donaciones impropias, los países receptores de ayuda humanitaria, además de intentar paliar las consecuencias del desastre natural y de coordinar una distribución correcta de los medicamentos necesarios, deben afrontar problemas como el almacenaje local de los medicamentos, la elección de los necesarios para cada caso y la destrucción de los caducados.

Los países receptores, en cuanto a la gestión de las donaciones¹⁴⁷ deberán controlar ciertos aspectos, entre los que se encuentran:

- *Formular directrices nacionales sobre donativos de medicamentos.*

Los países receptores deberán empezar por formular sus propias directrices nacionales sobre donativos de medicamentos basándose en las directrices internacionales, las cuales podrán incluirse en la política farmacéutica nacional, presentándolas luego con carácter oficial y explicando su contenido a la comunidad de donantes, pudiendo solo entrar en vigor una vez presentadas y publicadas oficialmente.

- *Definir procedimientos administrativos aplicables a la recepción de donativos de medicamentos.*

¹⁴⁷ Vid. *Opus. cit.* en nota (143).

No basta con que el receptor adopte y publique unas directrices generales sobre selección, calidad, presentación y gestión de donativos, si no que deberá establecer procedimientos administrativos apropiados con el fin de extremar los posibles beneficios de las donaciones. Estos procedimientos deberán vincularse a los sistemas existentes de suministro de medicamentos, existiendo cuestiones que solo se refieren a los donativos y a las que hay que dar solución en cada país.

- *Especificar las necesidades de medicamentos donados.*

Los países receptores deberán indicar a todos sus posibles donantes qué tipo de asistencia necesitan y cómo desean recibirla, ya que luego es muy difícil rehusar un donativo que ya ha entrado al país. El país receptor deberá especificar en la mayor medida posible sus necesidades de medicamentos. Esto le obligará a preparar las peticiones, indicando las cantidades requeridas y el orden de prioridad de los artículos solicitados, de forma que cuanta más información dé, mejor será, ya que la información sobre donativos en curso o previstos resulta muy útil para otros posibles donantes.

- *Controlar los medicamentos que caducan en un plazo menor de un año.*

El país receptor deberá controlar los medicamentos que caduquen en un plazo menor de un año. La recomendación de que a todos los medicamentos donados les quede una durabilidad mínima se formula teniendo en cuenta los demasiados y frecuentes atrasos en la distribución dentro de los países.

Se puede hacer una excepción para aquellos donativos de medicamentos que se envíen directamente a servicios de salud determinados, en los que el profesional responsable declare que está informado de la brevedad del plazo de conservación y que la cantidad y la vida útil restante permitan la distribución, la prescripción y la administración adecuadas antes de la fecha de caducidad.

- *Velar por un rápido despacho de aduanas de los medicamentos donados.*

Todos los donativos de medicamentos deberán ser objeto de un rápido despacho de aduanas, para lo cual, los funcionarios de aduanas y de los ministerios de salud que se ocupen de la gestión de los donativos de medicamentos a los que se apliquen las directrices tendrán la responsabilidad de permitir la entrada de los donativos útiles y rechazar los donativos de escasa durabilidad si no se han adoptado medidas de distribución satisfactorias.

- *Administrar con todo cuidado los medicamentos donados.*

Debido al gran valor que pueden presentar algunos de los donativos se tratarán con el debido cuidado. A la llegada de los medicamentos al país, éstos se someterán a inspección y se confirmará su recepción al país donante. A continuación, se almacenarán y distribuirán siguiendo los principios de buena práctica farmacéutica y bajo la responsabilidad de profesionales competentes. Se deberá ejercer una vigilancia apropiada para impedir que se sustraigan productos donados con fines de exportación, venta comercial o tráfico ilícito.

En cuanto a las medidas que deberán tomar las instituciones donantes se encuentran¹⁴⁸:

- *Evitar los donativos de medicamentos que caducan en breve plazo.*

Las directrices tratan de reducir las donaciones de medicamentos que caducan en breve plazo mediante un mejor control de los inventarios por parte de las empresas donantes y los intermediarios y mediante una mejor comunicación.

¹⁴⁸ Vid. *Opus. cit.* en nota (143).

- *Informar al público.*

Debido al desconocimiento en esta materia se producen gran parte de los problemas a la hora de las donaciones, por lo que es importante que los gobiernos de los países donantes se ocupen de dar información sobre las cuales son las prácticas adecuadas de donación.

- *Establecer una coordinación entre los donantes.*

Se recomienda que los países donantes colaboren en el establecimiento de un órgano coordinador en el país receptor que determine las necesidades, las prioridades, el almacenamiento, la logística y la distribución y que actúe como punto de contacto entre ambos países.

VI.1.5 DIRECTRICES DE SEGURIDAD PARA LA ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS NO DESEADOS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

*“Los donativos de medicamentos en situaciones de emergencia son indispensables, pero pueden causar tanto mal como bien”*¹⁴⁹. Mark Raijmakers.

Cuando se producen conflictos y desastres naturales se reciben grandes cantidades de productos farmacéuticos donados como parte de la ayuda humanitaria. No cabe duda de que muchos de ellos salvan vidas y alivian el sufrimiento; sin embargo algunas personas bien intencionadas que no están bien

¹⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. (1999) Estrategias para mejorar la eficacia de los donativos de medicamentos. Boletín de medicamentos esenciales. Nº 27. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, pág.27.

informadas pueden enviar donaciones no deseadas que es necesario eliminar, lo cual puede realizarse durante o después de una emergencia.

La eliminación de estas donaciones con un mínimo de riesgos crea con frecuencia serios problemas.

Las directrices de seguridad proporcionan recomendaciones acerca de la forma de eliminación de medicamentos inutilizables en situaciones de emergencia y en países en transición que pueden no contar con asistencia y asesoramiento oficial, pero en ningún caso el objetivo de estas directrices es el de reemplazar las leyes locales, regionales o nacionales sobre eliminación de medicamentos.

Las directrices pueden ser usadas por todas las autoridades sanitarias competentes para autorizar el uso o la eliminación medicamentos pero es responsabilidad de la autoridad apropiada poner en práctica las directrices en coordinación con autoridades sanitarias regionales y locales así como con los directores de los establecimientos de salud que se ven enfrentados al problema de tener que destruir medicamentos.

En las primeras etapas se establecerá un grupo de estudio o comité consultivo local que se ocupe de evaluar, analizar y abordar el problema de los desechos de medicamentos y de vigilar las actividades. Se aconseja que el grupo de estudio esté integrado como máximo por cinco miembros, entre los que deberían encontrarse:

- Un funcionario del órgano normativo de los medicamentos o del ministerio de salud;
- Un funcionario del ministerio del medio ambiente;
- Un funcionario de la sección de auditoría del ministerio de salud;
- Un farmacéutico institucional;
- Un experto capacitado en desechos peligrosos nombrado por las autoridades para que se ocupe de la eliminación de desechos farmacéuticos.

El proceso de eliminación de medicamentos debe efectuarse siguiendo una serie de pasos:

- *Decisión.*

Serán las organizaciones encargadas de los programas farmacéuticos las que establecerán cuando deberá iniciarse una acción debido a una acumulación de medicamentos no deseados porque no son adecuados para el consumo humano.

- *Aprobación.*

La autoridad que tenga jurisdicción deberá aprobar y autorizar la eliminación de medicamentos. Esta autoridad, a pesar de ser diferente en cada país, suele ser el órgano responsable del manejo de productos farmacéuticos dentro del ministerio de salud, la autoridad normativa de los medicamentos, o la autoridad sanitaria regional o local. En algunos países también podrá participar el ministerio del medio ambiente.

- *Planificación.*

En función de la financiación, será necesario realizar un estudio sobre las necesidades de expertos, recursos humanos, profesionales, espacio, equipo, materiales y opciones de desecho antes de poder tomar medidas prácticas.

Para las tareas de eliminación se establecerán equipos de trabajo integrados por farmacéuticos, supervisores y trabajadores del sector salud, preferentemente

técnicos farmacéuticos o personal experimentado de depósitos de medicamentos. El número de integrantes de cada equipo, y la proporción entre expertos y trabajadores, estarán determinados por el volumen y la composición de las existencias, y por las condiciones de trabajo en cada lugar.

- *Clasificación.*

El objetivo es el de separar los medicamentos en categorías para las cuales se requieren diferentes métodos de desecho. Deberán separarse los fármacos que pueden usarse sin riesgos y devolverse al sistema de suministros farmacéuticos de los que deben ser eliminados por diferentes métodos.

- *Eliminación.*

Las opciones de eliminación varían mucho de una situación a otra, y quizá no exista la solución ideal. El objetivo de las directrices es proponer las opciones más sencillas, seguras y prácticas.

Métodos de desecho que se utilizan durante y después de una emergencia

Métodos de Tratamiento/Eliminación	Tipos de productos farmacéuticos
Devolución al donante-fabricante. Transferencia para su desecho a través de la frontera.	<p>Todos los productos farmacéuticos de desecho a granel, en particular los antineoplásicos.</p> <p>Observaciones: Generalmente no es práctico. Los trámites para la autorización del transporte transfronterizo pueden ser lentos.</p>

Incineración	Alta temperatura. Muy por encima de 1200°C.	<p>Desechos sólidos, semisólidos, polvos, antineoplásicos, sustancias controladas.</p> <p>Observaciones: Costoso, sobre todo si se debe construir un incinerador especial. Puede ser más práctico recurrir a las plantas industriales existentes.</p>
	Temperatura media. (850°C mínimo) con incinerador de dos cámaras. Incineración en hornos de cemento.	<p>A falta de incineradores de alta temperatura, desechos sólidos, semisólidos, polvos, sustancias controladas.</p> <p>Observaciones: Es mejor incinerar los antineoplásicos a alta temperatura.</p>
Inmovilización	Encapsulación de desechos.	Desechos sólidos, semisólidos, polvos, líquidos, antineoplásicos, sustancias controladas.
	Inertización.	Desechos sólidos, semisólidos, polvos, antineoplásicos, sustancias controladas.
Vertedero	Vertedero sanitario diseñado y trazado técnicamente.	<p>Cantidades limitadas de sólidos, semisólidos y polvos sin tratar.</p> <p>Es preferible eliminar los medicamentos de desecho después de la inmovilización. Plásticos de PVC.</p>
	Vertedero diseñado técnicamente.	Desechos sólidos, semisólidos y polvos, preferentemente después de la inmovilización.
	Vertedero abierto no diseñado ni controlado.	<p>Como último recurso para desechos sólidos, semisólidos y polvos sin tratar. Deberán cubrirse de inmediato con residuos urbanos. Es preferible la inmovilización de los desechos sólidos, semisólidos y polvos.</p> <p>Observaciones: No se recomienda para sustancias controladas sin tratar.</p>

Sistema de alcantarillado	<p>Preparaciones líquidas, jarabes, líquidos intravenosos diluidos; cantidades pequeñas de desinfectantes diluidos (bajo supervisión).</p> <p>Observaciones: No se recomienda para antineoplásicos ni desinfectantes y antisépticos no diluidos.</p>
Corrientes rápidas de agua	<p>Líquidos, jarabes, líquidos intravenosos diluidos; cantidades pequeñas de desinfectantes diluidos (bajo supervisión).</p> <p>Observaciones: No se recomienda para antineoplásicos, ni desinfectantes y antisépticos no diluidos.</p>
Quema en recipientes abiertos	<p>Como último recurso, para quemar papel y cartón utilizados en el envase.</p> <p>Observaciones: No es aceptable para plásticos de PVC ni para fármacos.</p>
Descomposición química	<p>No se recomienda a menos que se disponga de personal experimentado y de materiales especiales.</p> <p>Observaciones: No es práctico para cantidades superiores a 50 kg.</p>

Tabla 5. Métodos de desecho que emplean los países durante y después de una emergencia.

Fuente: Adaptación sobre datos de la OMS en *Directrices de seguridad para la eliminación de productos farmacéuticos no deseados durante y después de una emergencia*. Ginebra. OMS, 1999. (WHO/EDM/PAR/99.2).

Categorías farmacéuticas y métodos de eliminación durante y después de una emergencia

Categoría	Métodos de eliminación
Sólidos Semisólidos Polvos	<p>Vertedero.</p> <p>Encapsulación de desechos.</p> <p>Inertización de desechos.</p> <p>Incineración a temperatura media y alta (horno de cemento).</p> <p>Observaciones: No deberán eliminarse en el vertedero más del equivalente del 1% de los residuos urbanos diarios sin tratar (sin inmovilizar).</p>
Líquidos	<p>Sistema de alcantarillado.</p> <p>Incineración a alta temperatura (horno de cemento).</p> <p>Observaciones: No se deben arrojar antineoplásicos al alcantarillado.</p>
Ampollas	<p>Trituración de las ampollas y desecho del líquido diluido en el sistema de alcantarillado.</p> <p>Observaciones: No se deben arrojar antineoplásicos al alcantarillado.</p>
Medicamentos anti-infecciosos	<p>Encapsulación de desechos.</p> <p>Inertización de desechos.</p> <p>Incineración a temperatura media y alta (horno de cemento).</p> <p>Observaciones: Los antibióticos líquidos pueden diluirse con agua, dejándose reposar varias semanas y luego descargarse al alcantarillado.</p>
Antineoplásicos	<p>Devolución al donante o fabricante.</p> <p>Encapsulación de desechos.</p> <p>Inertización de desechos.</p> <p>Incineración a temperatura media y alta (horno de cemento). Descomposición química.</p>

	<p>Observaciones: No desechar en vertederos a menos que estén encapsulados. No desechar en el sistema de alcantarillado. No incinerar a temperatura media.</p>
Fármacos controlados	<p>Encapsulación de desechos. Inertización de desechos. Incineración a temperatura media y alta (horno de cemento).</p> <p>Observaciones: No desechar en vertederos a menos que estén encapsulados.</p>
Recipientes de aerosol	<p>Vertedero. Encapsulación de desechos.</p> <p>Observaciones: No quemar: pueden estallar.</p>
Desinfectantes	<p>Utilización o al alcantarillado o corrientes rápidas de agua: cantidades pequeñas de desinfectantes diluidos (máx. 50 litros por día bajo supervisión)</p> <p>Observaciones: No arrojar desinfectantes sin diluir al alcantarillado ni a las vías de agua. Máximo 50 litros por día diluidos al alcantarillado o en corrientes rápidas de agua. No se deben arrojar desinfectantes en corrientes de agua lentas o en agua estancada.</p>
Plástico de PVC, vidrio	<p>No deben quemarse en recipientes abiertos.</p>
Papel, cartón	<p>Reciclado, quemado, vertedero.</p>

Tabla 6. Categorías farmacéuticas y métodos de eliminación que emplean los países durante y después de una emergencia.

Fuente: *Directrices de seguridad para la eliminación de productos farmacéuticos no deseados durante y después de una emergencia*. Ginebra. OMS, 1999. (WHO/EDM/PAR/99.2).

VI.2 LA UNIÓN EUROPEA Y LA AYUDA HUMANITARIA

La Unión Europea (UE) es una entidad geopolítica que cubre gran parte del continente Europeo. Es una asociación económica y política única en el mundo, formada por 28 países y varios países candidatos a la adhesión (Montenegro, Serbia, Turquía, Islandia, Antigua República Yugoslava de Macedonia) y candidatos potenciales (Albania, Bosnia y Herzegovina, Kosovo)¹⁵⁰.

A partir de los años 60 del siglo XX, Bruselas se consolida como capital de la UE, dónde se concentran la mayor parte de las instituciones comunitarias. La UE cuenta con una moneda única, una bandera, un himno y el día de Europa, que se celebra el 9 de mayo de cada año.

La UE es una organización abierta al mundo, fundada sobre unos valores comunes de libertad, democracia, estado de derecho y respeto a los derechos humanos. Entre sus objetivos estratégicos está la consolidación de una Europa estable y unida, dotada de voz propia en la escena internacional.



Figura 10. Mapa de los Estados Miembros de la UE y de los países que se encuentran en el camino de la adhesión.

Fuente: Página web oficial de la Unión Europea. www.europa.eu/index_es.htm.

¹⁵⁰ Unión Europea. Países. http://europa.eu/about-eu/countries/index_es.htm Disponible en versión html 21-01-2014

Las responsabilidades e influencia de la UE son cada vez mayores, en consonancia con su peso económico, comercial y diplomático: es la primera potencia comercial a escala mundial, cuenta con una divisa de referencia y es el principal donante de ayuda humanitaria del mundo¹⁵¹, lo que la hace un participante global, sensible a la necesidad de desarrollo y erradicación de la pobreza, cooperación económica, financiera y técnica con terceros países y ayuda humanitaria.

La acción exterior de la UE en la escena internacional encuentra su máxima expresión en los valores y principios que han guiado el proceso de integración europea. Una Europa de valores, cooperativa e integradora que mira hacia un futuro en el que busca proyectar su imagen conforme a los derechos universales de los seres humanos y las libertades fundamentales.

Europa basa su acción exterior en los principios rectores de la Carta de las Naciones Unidas, el Tratado de la UE (TUE)¹⁵² y en los artículos que se hallan comprendidos en el Tratado de Funcionamiento de la UE¹⁵³, que en su Título III, dedicado a la “Cooperación con terceros países y ayuda humanitaria” y concretamente en el capítulo 3 dedicado a la Ayuda humanitaria establece que las acciones de la Unión en este ámbito se llevarán a cabo en el marco de los principios y objetivos de la acción exterior de la Unión y que tendrán por objeto prestar asistencia y socorro a las poblaciones de los terceros países víctimas de catástrofes naturales o de origen humano, y protegerlas, para hacer frente a las necesidades humanitarias resultantes de esas diversas situaciones. Las acciones de la Unión y de los Estados Miembros se complementarán y reforzarán mutuamente.

Estas acciones de ayuda humanitaria se llevarán a cabo conforme a los principios del Derecho internacional y los principios de imparcialidad, neutralidad

¹⁵¹ Vid. FONSECA, F. (2012) ¡Felicidades! Es usted Premio Nobel de la Paz. Asuntos Institucionales. Comisión Europea. Representación en España.

¹⁵² Vid. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. (2013) España y la Unión Europea. Madrid. Gobierno de España.

¹⁵³ Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. D.O.U.E. C 326, 26-10-2012, pág. 141-143.

y no discriminación, y será la propia UE la que velará para que sus acciones de ayuda humanitaria estén coordinadas y sean coherentes con las organizaciones y organismos internacionales, en particular con los que forman parte de las Naciones Unidas.

La Comisión Europea se ha impuesto como una de las principales fuentes de ayuda humanitaria del mundo con lo que los fondos de la UE han permitido financiar la adquisición de bienes y servicios como alimentos, ropa, refugios, medicamentos y suministros médicos, abastecimiento de agua, saneamiento, rehabilitaciones de emergencia, etc... La Comisión financia asimismo proyectos para aumentar la capacidad de respuesta en caso de catástrofe y mitigar sus consecuencias en las regiones propensas a los desastres naturales.

La acción humanitaria se ha convertido en una responsabilidad colectiva a escala internacional y la UE considera fundamental apoyar el desarrollo de la capacidad mundial colectiva de respuesta a las crisis humanitarias y además se compromete a no crear mecanismos cuya labor constituya una repetición innecesaria de la que realizan los mecanismos internacionales existentes.

La acción exterior de la UE se articula en torno al Servicio Europeo de Acción Exterior (SEAE), a la figura de la Alta Representante de la Política Exterior y de Seguridad y a varios organismos encargados de esta política.

El SEAE reúne en una sola administración las herramientas diplomáticas específicas para la UE y los recursos que ponen a su disposición los Estados miembros y asiste a la Alta Representante en el mantenimiento de la coherencia y coordinación de la acción exterior de la UE así como en la elaboración de las propuestas políticas y en su aplicación tras la aprobación del Consejo; también asiste al Presidente del Consejo Europeo y al Presidente y los miembros de la Comisión en sus respectivas funciones en el ámbito de las relaciones exteriores y garantiza una estrecha cooperación con los Estados miembros. La red de las delegaciones de la UE en todo el mundo forma parte de la estructura del SEAE.

La Alta Representante de la Política Exterior y de Seguridad es responsable de la aplicación de la diplomacia europea y de la representación de la UE en el mundo y en las instituciones internacionales; dirige la política exterior y de seguridad común de la UE dentro de la comisión, y es responsable de las relaciones exteriores y de la coordinación de los diferentes aspectos de la acción exterior de la UE.

Cada semana las pantallas de nuestros televisores y las primeras páginas de los periódicos se llenan de imágenes de conflictos y catástrofes. En situaciones semejantes, la Unión Europea tiene un objetivo: prestar ayuda lo antes posible a quienes la necesitan, independientemente de si la crisis se produce por un conflicto humano o por una catástrofe natural.

Los esfuerzos internacionales para asegurar una respuesta humanitaria general adecuada se han visto reforzados estos últimos años por reformas del sistema humanitario dirigidas por las Naciones Unidas, en cooperación con otros agentes y donantes humanitarios. La UE reitera su firme apoyo a la reforma del sistema humanitario, que debe permitir atender más adecuadamente a los problemas de quienes se encuentran en situación de necesidad. Habrá que afrontar el importante desafío de aumentar el volumen global de financiación, para que la acción humanitaria se adapte a las crecientes necesidades. La UE considera necesario tomar medidas para que la financiación humanitaria resulte más previsible y flexible, utilizando para ello tanto mecanismos multilaterales como mecanismos directos (bilaterales), ya que ambos tienen ventajas relativas. Con este fin, se han instaurado nuevos mecanismos de financiación, en especial el Fondo central de las Naciones Unidas para la acción en casos de emergencia y fondos humanitarios comunes.

La UE está presente en zonas en crisis en todo el mundo, incluida Libia, Afganistán, los Territorios Palestinos y muchas partes de África y el Sudeste Asiático. Lleva a cabo operaciones de auxilio en zonas que llevan muchos años en conflicto o en otras en las que impera la inestabilidad tras él. Ayudar a las

poblaciones más vulnerables del mundo es un imperativo moral para la comunidad internacional y, la Comisión Europea tiene un compromiso contraído mucho tiempo atrás de ayudar a las víctimas de este tipo de crisis. Su Departamento de Ayuda Humanitaria (ECHO) proporciona asistencia directa a las víctimas con independencia de su nacionalidad, religión, sexo u origen étnico.

ECHO se creó en 1992 como un departamento de la Unión Europea para coordinar el programa comunitario de ayuda humanitaria en respuesta a los desastres naturales y conflictos armados, para llevar la solidaridad europea a aquellos que la necesitaran en cualquier parte del mundo, pertenecieran a la Unión Europea o no y para recaudar fondos y promover programas de preparación ante desastres. Son socios 31 países, los 28 de la Unión Europea más Islandia, Liechtenstein y Noruega.

Para mejorar la coordinación y la reacción rápida, en 2010 se integró en ECHO el departamento de Protección Civil, siendo Kristalina Georgieva (Sofía (Bulgaria) 1953 -)¹⁵⁴ la primera comisaria que tiene a su cargo la cooperación internacional, la ayuda humanitaria y la respuesta a las crisis.



Figura 11. Kristalina Georgieva. Comisaria europea responsable de la Cooperación Internacional, Ayuda Humanitaria y Respuesta a las Crisis.

¹⁵⁴ Kristalina Georgieva. Se incorporó a la Comisión Europea en Febrero de 2010 después de ocupar varios cargos de importancia en el Banco Mundial.

La aparición de ECHO coincidió con el aumento en el número e intensidad de las crisis humanitarias de finales de los años 80 a nivel mundial, y con el consiguiente incremento del porcentaje de fondos de la ayuda internacional orientado hacia la ayuda humanitaria. En este contexto, ECHO se creó para gestionar los crecientes fondos destinados por la UE a la ayuda humanitaria, agrupar las líneas de financiación y actividades en la materia, aumentar su eficacia y dotarles de mayor visibilidad.

El Reglamento del Consejo de la Unión Europea de 1996 sobre la ayuda humanitaria, que delimita el marco de actuación de ECHO, entiende ésta como el conjunto de “acciones no discriminatorias de asistencia, socorro y protección en favor de las poblaciones, en particular las más vulnerables, de los países terceros y especialmente de los países en vías de desarrollo, víctimas de catástrofes naturales, de acontecimientos de origen humano tales como guerras o conflictos, o de situaciones y circunstancias semejantes a las calamidades naturales o provocadas por el hombre, durante el tiempo necesario para hacer frente a las necesidades humanitarias que resulten de estas diferentes situaciones”¹⁵⁵. En consecuencia, la principal función de ECHO consiste en promover las operaciones de emergencia de la Comisión Europea, encaminadas a satisfacer las necesidades más inmediatas para preservar la vida en situaciones de desastre.

ECHO es responsable del Centro de Control e Información de la Unión Europea, corazón operativo del Mecanismo de Protección Civil de la UE y al que se puede acceder las 24 horas del día. Cualquier país afectado por una catástrofe, ya sea miembro o no de la UE, puede solicitar ayuda a través de este Centro, el cual actúa como un nudo de comunicaciones entre los 31 países participantes, el país afectado y los expertos desplazados sobre el terreno, proporcionando información actualizada sobre la situación de emergencia.

¹⁵⁵ Reglamento (CE) nº 1257/96 del Consejo de 20 de junio de 1996 sobre la ayuda humanitaria. DOCE L 163, 02-07-1996, pág. 1-2, artículo 1.

ECHO no es una organización operativa sobre el terreno, por lo que la mayoría de sus fondos se canalizan a través de cerca de 200 socios operativos incluyendo numerosas ONG, el movimiento de la Cruz Roja/Media Luna Roja y las agencias humanitarias de las Naciones Unidas.

Todas estas organizaciones se convierten en socios de ECHO a partir de la firma del denominado Contrato Marco de Partenariado (CMP)¹⁵⁶, que está concebido como un instrumento para asegurar una mayor rapidez y eficacia en la ejecución de los programas y proyectos de emergencia, y que a principios de 1999 ya habían suscrito 182 organizaciones. En consecuencia, más del 55% de la financiación comunitaria para la ayuda humanitaria se gestiona a través de las ONG, en su mayoría europeas, el 25% mediante las agencias de las Naciones Unidas, sobre todo ACNUR, y un 10% vía las organizaciones de la Cruz Roja. El monto restante, en torno al 10%, es gestionado directamente por ECHO para apoyar sus operaciones de seguimiento y evaluación de los proyectos de emergencia, así como para impulsar actividades de formación.

Actualmente ECHO es el mayor donante mundial de ayuda humanitaria y la principal financiadora de las agencias de Naciones Unidas implicadas en la ayuda humanitaria y la cooperación al desarrollo.

Al margen de los esfuerzos que ya realiza en materia de ayuda humanitaria, la UE reconoce la necesidad de intensificar la cooperación con terceros para abordar cuestiones relacionadas con las buenas prácticas en la donación humanitaria, la eficacia de la actuación humanitaria y la promoción de la causa humanitaria. La UE reitera que sus esfuerzos deben apoyarse firmemente en planteamientos internacionales más amplios, con la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) de las Naciones Unidas como coordinador central.

¹⁵⁶ Documento que regula la relación entre ECHO y sus socios ejecutantes sobre el terreno.

La UE reconoce que su contribución, como colectivo de donantes tradicionales (gubernamentales) de ayuda humanitaria, representa solamente una pequeña parte de la labor global de solidaridad y humanidad y cree que una expansión de la base de donantes gubernamentales podría contribuir de modo notable a la satisfacción de las crecientes necesidades humanitarias.

Por tanto, la UE continúa trabajando estrechamente con otros donantes importantes de ayuda humanitaria oficial, tanto en el marco de la iniciativa de principios y buenas prácticas en la donación humanitaria como a través de la amplia red de contactos existente entre donantes, reconociendo que las capacidades locales son un elemento clave para salvar vidas, en especial en caso de catástrofes naturales repentinas y redoblando por ello sus esfuerzos para desarrollar las capacidades locales de quienes están mejor situados para reaccionar si se produce una catástrofe.



Figura 12. Marco estratégico de OCAH durante los años 2010-2013.

Fuente: Página web de United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.

www.unocha.org

VI.2.1 REINO DE ESPAÑA

Como Estado Miembro de la UE, el Reino de España cuenta con su propio marco normativo y, en virtud de la transferencia de competencias administrativas, también las Comunidades Autónomas contemplan en sus disposiciones aspectos relativos a la ayuda humanitaria. Esta ayuda humanitaria se ha ido dotando de un marco normativo propio, basado en el respeto de unos principios y valores, que se concreta en disposiciones e instrumentos jurídicos de diversa índole y alcance.

VI.2.1.1 MARCO NORMATIVO ESTATAL

El marco normativo de referencia de la Cooperación Española en materia humanitaria lo constituyen los compromisos adquiridos por el Estado Español, como miembro de la comunidad de donantes, y los establecidos en el marco legislativo nacional y autonómico.

La Cooperación Española se ha comprometido con una concepción de la acción humanitaria basada en unos principios y normas internacionalmente aceptados.

“El criterio vector de todas las actuaciones humanitarias de la Cooperación Española estará orientado hacia las víctimas de desastres de cualquier tipo con el objetivo de satisfacer sus necesidades básicas, restablecer sus derechos y garantizar su protección. Prevenir y aliviar el sufrimiento humano allá donde se produzca con una motivación de humanidad y con un criterio, al menos, de imparcialidad son las premisas fundamentales de toda acción humanitaria. La acción humanitaria española se basa en el respeto profundo de los principios y valores humanitarios acordados internacionalmente así como en el marco jurídico establecido al respecto. La acción humanitaria española debe por tanto hacer compatibles un enfoque basado en las necesidades, con un enfoque basado en los derechos de las víctimas como seres humanos dignos.”¹⁵⁷

¹⁵⁷ Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. (2005). Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Madrid. Gobierno de España.

La cooperación española orienta su acción tanto en abordar las fases previas a los desastres (preparación, mitigación, prevención y predicción) como las inmediatamente posteriores (rehabilitación de emergencia, reconstrucción, etc.), así como las tareas no directamente asistenciales. Esta orientación está en consonancia con las posiciones de la mayoría de donantes y plasmada en algunos documentos como el de normas para la GHD y en las nuevas posiciones del CAD.

De esta forma, se plantea la acción humanitaria de diversas formas:

- Dimensión preventiva.

Incorpora la preparación para desastres, la mitigación y las tareas preventivas en general, así como consideraciones sobre el papel de la ayuda en la prevención de conflictos. A estos efectos deberían estudiarse mecanismos propios de alerta temprana o en coordinación con otras organizaciones.

- Respuesta ante desastres.

Diferencia la respuesta de emergencia a crisis súbitas de la respuesta a crisis crónicas o de larga duración. Distingue también diversas tipologías de desastre y, sobre todo, los distintos condicionantes de los conflictos armados o los desastres de mayor componente natural.

- Rehabilitación y reconstrucción post-desastre.

Con sus diversos componentes de rehabilitación física, económica, psicológica, institucional, etc.

- Incidencia y sensibilización.

Concreta acciones específicas que redunden en la mejora de la protección de víctimas, del respeto al derecho internacional y las normas humanitarias.

La política española de cooperación internacional para el desarrollo tiene básicamente su origen en la declaración contenida en el preámbulo de la Constitución de 1978¹⁵⁸, en la que la Nación española proclama su voluntad de colaborar en el fortalecimiento de unas relaciones pacíficas y de eficaz cooperación entre todos los pueblos de la Tierra. Es la Constitución Española la que establece los principios y valores democráticos que han de estar presentes en la Cooperación Española.

La política de cooperación internacional para el desarrollo constituye un aspecto fundamental de la acción exterior de los Estados democráticos en relación con aquellos países que no han alcanzado el mismo nivel de desarrollo.

A partir de que España dejara de ser considerada en 1981 como país receptor de ayuda humanitaria internacional, la progresiva puesta en práctica de esta política tuvo que tener en cuenta diferentes hechos relevantes, como fueron, entre otros, el ingreso de España en los distintos Bancos Regionales de Desarrollo (Banco Interamericano, Banco Africano y Banco Asiático), complementados por la participación en todos aquellos organismos de carácter económico y financiero dedicados a la cooperación para el desarrollo, en particular en los Fondos y Programas de la Unión Europea.

Por otra parte, la creación, por Real Decreto-ley 16/1976, de 24 de agosto, del Fondo de Ayuda al Desarrollo constituyó un instrumento muy importante dentro de la cooperación bilateral de España con países menos desarrollados.

Con esta perspectiva, a la que se sumaban las actividades del Ministerio de Asuntos Exteriores en materia de cooperación para el desarrollo, tanto el Informe sobre la Cooperación Internacional en España, elaborado por la Comisión de Asuntos Exteriores del Senado, como la subsiguiente Moción sobre Cooperación Internacional de España para el Desarrollo, aprobada por el Pleno de dicha Cámara

¹⁵⁸ Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. B.O.E. nº 311, 29-12-1978.

en 1984, supusieron un punto de arranque en la tarea de definir la estructura orgánica de la cooperación para el desarrollo.

El Real Decreto 1485/1985, de 28 de agosto¹⁵⁹, por el que se estableció la estructura orgánica básica del Ministerio de Asuntos Exteriores, creó la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, de la que pasaron a depender todos aquellos Centros directivos y Organismos autónomos encargados de las relaciones culturales y económicas y de la cooperación científica y técnica. Un año más tarde, el Real Decreto 451/1986, de 21 de febrero¹⁶⁰, creó la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional como órgano de apoyo a la coordinación de la Administración del Estado en esta materia.

Con la finalidad de reconducir la dispersión de las competencias que caracterizaba la cooperación para el desarrollo española, se creó, mediante el Real Decreto 1527/1988, de 11 de noviembre¹⁶¹, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), como organismo autónomo adscrito al Ministerio de Asuntos Exteriores, en el que se concentraron las competencias relativas a la cooperación bilateral con los países en vías de desarrollo. Esta misma norma creó la Oficina de Planificación y Evaluación como unidad dependiente directamente del Secretario de Estado, encargada de la planificación y evaluación del programa de ayuda al desarrollo y de la elaboración y supervisión de los Planes Anuales de Cooperación Internacional.

Fue en diciembre del año 1991 cuando se produjo el ingreso de España en el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, lo que constituyó un hito en la consolidación de nuestra cooperación para el desarrollo, en cuanto a que nos obligó a adaptarla y a coordinarla con la de los principales donantes del mundo.

¹⁵⁹ Real Decreto 1485/1985, de 28 de agosto, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Asuntos Exteriores y se suprime determinado Organismo Autónomo del Departamento. B.O.E. nº 207, 29-08-1985, pág. 27273-27276.

¹⁶⁰ Real Decreto 451/1986, de 21 de febrero, por el que se crea la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional. B.O.E. nº 54, 04-03-1986, pág. 8197-8198.

¹⁶¹ Real Decreto 1527/1988, de 11 de noviembre, por el que se reestructura la Secretaría del Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, con refundición de los Organismos Autónomos adscritos a la misma. B.O.E. nº 307, 23-12-1988, pág. 35998-36003.

A la par que se definía su estructura orgánica, las líneas directrices de la política española para la cooperación para el desarrollo establecieron, por primera vez, los principios rectores, objetivos, fines, medios e instrumentos de nuestra cooperación internacional para el desarrollo. Consecuentemente, el Congreso de los Diputados, en su Informe sobre los Objetivos y Líneas Generales de la Política Española de Cooperación y Ayuda al Desarrollo, aprobado por el Pleno de la Cámara en noviembre de 1992, además de marcar las pautas de la nueva política española de cooperación y ayuda al desarrollo, señaló la necesidad de aprobar un conjunto normativo adecuado al futuro modelo de cooperación y de adoptar una serie de medidas de organización administrativa que ayudasen a mejorar la coordinación interna de la Administración del Estado en este ámbito de actuación. En este mismo sentido se pronunció el Comité de Ayuda al Desarrollo con ocasión del examen del programa de ayuda español que realizó en abril de 1994, al sugerir, entre otros aspectos, la conveniencia de mayores avances en el desarrollo de la legislación apropiada, una coordinación más ajustada, una mejor capacidad para la planificación a largo plazo y una programación de la ayuda más centralizada.

Por último, el Senado, en el Informe de la Ponencia de estudio de la Política Española de Cooperación para el Desarrollo, de noviembre de 1994, expresó de nuevo la recomendación de que se procediera a elaborar la legislación que supliera el vacío normativo existente y que abordase los principales problemas de la cooperación española para el desarrollo.

Unos años más tarde, mediante el Real Decreto 1141/1996, de 24 de mayo¹⁶², se reestructuró la Agencia Española de Cooperación Internacional, completándose de esta forma la modificación ya realizada por el Real Decreto 2492/1994, de 23 de diciembre¹⁶³, que refundió los Institutos con rango de Dirección General en dos, el Instituto de Cooperación Iberoamericana y el Instituto de Cooperación con el Mundo Árabe, Mediterráneo y Países en Desarrollo.

¹⁶² Real Decreto 1141/1996, de 24 de mayo, por el que se reestructura la Agencia Española de Cooperación Internacional. B.O.E. nº 127, 25-05-1996, pág. 17833-17836.

¹⁶³ Real Decreto 2492/1994, de 23 de diciembre, por el que se modifica parcialmente el Real Decreto 1527/1998, de 11 de noviembre, y se reestructura la Agencia Española de Cooperación Internacional. B.O.E. nº 9, 11-01-1995, pág. 1001-1003.

Por su parte, el Real Decreto 795/1995, de 19 de mayo¹⁶⁴, creó el Consejo de Cooperación para el Desarrollo, como órgano de participación de los diversos agentes sociales implicados en esta materia.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación establece, desde el año 2001, un Plan Director de la Cooperación Española, que constituye el elemento básico de planificación en el que se establecen los objetivos y prioridades sectoriales y geográficas para la Cooperación Española, así como los criterios de intervención a observar en la ejecución de nuestra política de desarrollo. El Plan Director define los procesos de planificación, seguimiento y evaluación necesarios para una gestión consistente, coherente y sostenida de nuestra política de cooperación al desarrollo y dentro del marco jurídico determinado por la Ley 23/1998, de 7 de julio¹⁶⁵, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. En esta disposición se establecen los principios, objetivos y prioridades de la política de cooperación internacional para el desarrollo del conjunto de Administraciones públicas españolas y los sistemas de relación y colaboración entre dichas Administraciones públicas. Esta ley tiene como objetivo la regulación del régimen jurídico de la política española de cooperación internacional para el desarrollo. Se integran dentro de la cooperación internacional para el desarrollo el conjunto de recursos y capacidades que España pone a disposición de los países en vías de desarrollo con el fin de facilitar e impulsar su progreso económico y social, y para contribuir a la erradicación de la pobreza en el mundo en todas sus manifestaciones. La cooperación española impulsará procesos de desarrollo que atiendan a la defensa y protección de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales, las necesidades de bienestar económico y social, la sostenibilidad y regeneración del medio ambiente en los países que tienen elevados niveles de pobreza y en aquellos que se encuentran en transición hacia la plena consolidación de sus instituciones democráticas y su inserción en la economía internacional.

¹⁶⁴ Real Decreto 795/1995, de 19 de mayo, por el que se crea y regula el Consejo de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 120, 20-05-1995, pág. 14854-14856.

¹⁶⁵ Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 162, 08-07-1998, pág. 22755-22765.

La Cooperación Internacional para el Desarrollo se aplica al conjunto de actividades que se traducen en transferencias de recursos públicos materiales y humanos que la Administración General del Estado, por sí o en colaboración con entidades privadas, destina a los países en vías de desarrollo directamente o a través de organizaciones multilaterales.

La política de cooperación internacional para el desarrollo es parte de la acción exterior del Estado y se basa en el principio de unidad de acción del Estado en el exterior. Establece los principios, objetivos, prioridades, modalidades e instrumentos de la política española de cooperación internacional para el desarrollo, entre ellos la acción humanitaria. Establece el principio de coherencia de políticas, así como la unidad de acción exterior y se basa en un amplio consenso político y social a escala nacional de acuerdo con los siguientes principios:

- El reconocimiento del ser humano en su dimensión individual y colectiva, como protagonista y destinatario último de la política de cooperación al desarrollo.
- La defensa y promoción de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales, la paz, la democracia y la participación ciudadana en condiciones de igualdad para mujeres y hombres y, en general, la no discriminación por razón de sexo, raza, cultura o religión, y el respeto a la diversidad.
- La necesidad de promover un desarrollo humano global, interdependiente, participativo, sostenible y con equidad de género en todas las naciones, procurando la aplicación del principio de corresponsabilidad entre los Estados, en orden de asegurar y potenciar la eficacia y coherencia de las políticas de cooperación al desarrollo en su objetivo de erradicar la pobreza en el mundo.

- La promoción de un crecimiento económico duradero y sostenible de los países acompañada de medidas que promuevan una redistribución equitativa de la riqueza para favorecer la mejora de las condiciones de vida y el acceso a los servicios sanitarios, educativos y culturales, así como el bienestar de sus poblaciones.
- El respeto a los compromisos adoptados en el seno de los Organismos internacionales.

Actualmente, el Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016 presenta como objetivos:

- Consolidar los procesos democráticos y el Estado de derecho.
- Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis.
- Promover oportunidades económicas para los más pobres.
- Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos.
- Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
- Mejorar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales.
- Responder a las crisis humanitarias con calidad.
- Construir una ciudadanía global comprometida con el desarrollo.

VI.2.1.2 MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO

La Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria de los gobiernos autonómicos y locales nació y se ha consolidado de la mano de las organizaciones sociales. El origen de esta política en España responde directamente a una demanda social de solidaridad que se inició en los años 90 con la petición de muchas personas, organizaciones y movimientos de la sociedad civil para que España destinara el 0,7% de su Producto Interior Bruto (PIB) a Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

La Cooperación al Desarrollo que realizan las Comunidades Autónomas (CCAA) y las Entidades Locales (EELL) en España se conoce como Cooperación descentralizada. A pesar de las notables diferencias que existen entre Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, Diputaciones, etc... y a lo interno de cada una de estas estructuras de gobierno, la Cooperación descentralizada tiende a considerarse como un todo homogéneo. Esta heterogeneidad se refleja en los modelos de Cooperación Autonómica, en su evolución y en la diferente implicación y participación de la sociedad civil en el diseño y ejecución de la política de Cooperación.

En los últimos años y con la excusa de la crisis, se está produciendo un debilitamiento progresivo de las políticas públicas de solidaridad que las Comunidades Autónomas realizan desde la década de los años 90. En 2011 la AOD Autonómica alcanzó los 328 millones, 60 millones menos que en 2010, lo que supuso un descenso del 15%; en 2012 las cifras sumaron un total de 266 millones de euros, lo que supuso un recorte acumulado de cerca de 180 millones desde 2009, cuando las CCAA sumaron 446 millones. Además, otras nuevas formas de recortes que ponen en peligro el sistema de Cooperación Autonómica son los retrasos de hasta dos años en pagos de subvenciones ya concedidas, la negativa a abonar segundos plazos de proyectos aprobados y requerimientos injustificados para la devolución de fondos ya concedidos. A esta situación se añade además el debilitamiento que están sufriendo las estructuras de algunas Administraciones

Públicas Autonómicas, que se materializa en la supresión de Consejerías y Direcciones Generales responsables de la política de Cooperación.

A lo largo de los años las CCAA han ido consolidando su política de Cooperación y se han ido dotando de un marco legal y político. En todas ellas existen Leyes Autonómicas de Cooperación aprobadas a partir de 1999 pero que, sin embargo, presentan pocas diferencias entre ellas. Además de las Leyes Autonómicas, la mayoría de las CCAA han realizado un esfuerzo grande en los últimos años, por incorporar instrumentos de planificación, a corto y medio plazo que dieran a esta política una mayor continuidad, calidad y coherencia. A día de hoy, casi la totalidad de las CCAA disponen de planes plurianuales y se ha avanzado bastante en la elaboración de planificaciones anuales.

A continuación, se citan las Leyes y Planes de Cooperación de cada una de las CCAA:

1. ANDALUCÍA

- Ley 14/2003, de 22 de diciembre¹⁶⁶, de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

La política de la Junta de Andalucía en materia de cooperación internacional para el desarrollo se fundamenta en la necesidad de contribuir para que la vida de las personas de países menos favorecidos se desenvuelva en condiciones dignas. Su objetivo último es ayudar a la erradicación de la pobreza humana mediante la promoción de un desarrollo socioeconómico y sociocultural sostenible. Con tal finalidad, esta Ley parte del individuo como protagonista y destinatario último de la cooperación y se fundamenta en el principio de igualdad de todos los seres humanos sin distinción de sexo, raza, cultura o religión. Dicha igualdad preside esta política que pretende superar la tradicional relación existente entre el país

¹⁶⁶ Ley 14/2003, de 22 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 14, 16-01-2004, pág. 1780-1786. B.O.J.A. nº 251, 31-12-2003, pág. 27446-27452.

donante y el país receptor, promoviendo el principio de asociación y de corresponsabilidad en su definición, ejecución y resultados.

La ley hace referencia a la planificación de la cooperación internacional, incluyendo las modalidades y tipología de la cooperación. Además recoge en su artículo nº 9 la evaluación de las acciones y proyectos de cooperación para el desarrollo.

La política de cooperación internacional para el desarrollo de la Junta de Andalucía pretende evitar la ejecución de proyectos aislados que únicamente tengan por objeto la provisión de recursos, ya que ello conduce fácilmente a que el país destinatario de la ayuda se adapte a esa situación, generando, en consecuencia, una mayor dependencia externa. De ahí la necesidad de definir, de acuerdo con los destinatarios y buscando la complementariedad con otras instituciones, organismos y entidades donantes, programas a medio plazo con un enfoque integrado, que permitan el establecimiento de los cauces apropiados para conseguir un desarrollo sostenible. Por ello, la Ley exige de los órganos competentes la planificación de la cooperación de la Administración de la Junta de Andalucía en su globalidad y con cada país en concreto. Junto a la planificación, la eficacia de la cooperación depende de la evaluación de sus resultados a partir de unos indicadores previamente identificados y de la aplicación de sus conclusiones.

Asimismo, es determinante para la eficacia de la cooperación la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y entidades privadas. Por ello, la Administración de la Junta de Andalucía participará activamente en los instrumentos de coordinación que la Ley 23/1998, de 7 de julio¹⁶⁷, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, ha establecido y, al mismo tiempo, fomentará la colaboración con entidades locales y demás agentes de la cooperación de Andalucía.

¹⁶⁷ *Loc. cit.* en nota (165).

La Ley andaluza 14/2003 también regula: los órganos competentes en la política de la Junta de Andalucía en materia de cooperación internacional para el desarrollo, las funciones del Consejo de Gobierno y del Parlamento de Andalucía, se establecen el órgano consultivo y de participación (Consejo Andaluz de Cooperación para el Desarrollo) y el de coordinación interna de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de cooperación para el desarrollo (Comisión de Cooperación para el Desarrollo) y; los medios materiales y humanos necesarios para la realización de la política de cooperación internacional para el desarrollo de la Junta de Andalucía.

Finalmente, la Ley aborda una mayor participación de la sociedad andaluza en la cooperación internacional para el desarrollo, promoviendo la participación de las ONG, universidades, organizaciones sindicales y empresariales y entidades locales andaluzas y la creación de un Registro de Agentes de la Cooperación, así como la posible concesión de ayudas para apoyar sus actividades. Asimismo, trata el voluntariado y la sensibilización de la sociedad andaluza en materia de cooperación internacional para el desarrollo.

Con esta finalidad, la Administración de la Junta de Andalucía fomentará su participación apoyando financiera y técnicamente sus actuaciones y acentuando la concertación y colaboración con los diferentes agentes de la cooperación que operan desde Andalucía. Dichas medidas permitirán que las distintas modalidades de la cooperación se beneficien de la experiencia acumulada por los diferentes agentes y que se refuerce la complementariedad allí donde sea posible para mejorar, en definitiva, el impacto y la sostenibilidad de los programas y proyectos.

- Decreto 172/2005, de 19 de julio¹⁶⁸, por el que se regula el Consejo Andaluz de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la Comisión de Cooperación para el Desarrollo y el Registro de Agentes de la Cooperación Internacional para el Desarrollo.

¹⁶⁸ Decreto 172/2005, de 19 de julio, por el que se regula el Consejo Andaluz de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la Comisión de Cooperación para el Desarrollo y el Registro de Agentes de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.J.A. nº 142, 22-07-2005, pág. 5-19.

El 28 de noviembre de 2007 se estableció el Plan Andaluz de Cooperación para el Desarrollo 2008-2011 a partir del cual se iniciaron los planes anuales desde el año 2009 y por el Decreto 354/2010, de 3 de agosto¹⁶⁹, por el que se aprueba el Programa Operativo de Acción Humanitaria 2010-2012.

2. ARAGÓN

La Ley 10/2000, de 27 de diciembre¹⁷⁰, relativa a la Cooperación para el Desarrollo supuso la consolidación definitiva de la cooperación para el desarrollo en la política de la Comunidad Autónoma de Aragón; política que fijó como objetivo el cumplimiento de las recomendaciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y de algunas de sus organizaciones, de destinar a la cooperación para el desarrollo el 0,7% del PIB.

Esta Ley establece los mecanismos de planificación y los instrumentos y modalidades que adoptará la cooperación para el desarrollo realizada por la Comunidad Autónoma de Aragón, así como aborda las instituciones y órganos de gestión y coordinación, entre los que se encuentran las Cortes y al Gobierno de Aragón como instituciones rectoras de la política aragonesa de cooperación; la Comisión Autonómica de Cooperación para el Desarrollo como órgano de coordinación entre las distintas Administraciones aragonesas, y, finalmente, el Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo como órgano social de consulta y asesoramiento en materia de solidaridad internacional y cooperación aragonesa para el desarrollo.

También hace alusión a los mecanismos de participación social (organizaciones no gubernamentales, voluntariado y cooperantes) y a la educación y sensibilización social.

¹⁶⁹ Decreto 354/2010, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Programa Operativo de Acción Humanitaria 2010-2012. B.O.J.A. nº 158, 12-08-2010, pág. 98.

¹⁷⁰ Ley 10/2000, de 27 de diciembre, relativa a la Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 33, 07-02-2001, pág. 4679-4683. B.O.A. nº 156, 30-12-2000, pág. 8022-8026.

- Decreto 240/2003, de 16 de septiembre¹⁷¹, del Gobierno de Aragón, por el que se modifican: el Decreto 68/2000, de 28 de marzo¹⁷², del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Cooperación al Desarrollo y la Solidaridad con el Tercer Mundo; el Reglamento del Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo, aprobado por Decreto 11/2002, de 22 de enero¹⁷³, del Gobierno de Aragón; el Reglamento de la Comisión Autonómica de Cooperación para el Desarrollo, aprobado por el Decreto 12/2002, de 22 de enero¹⁷⁴, del Gobierno de Aragón.

- Decreto 164/2004, de 6 de julio¹⁷⁵, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del régimen jurídico de las ayudas y de las bases reguladoras para la concesión de las subvenciones en materia de cooperación para el desarrollo.

Se han establecido Planes Directores anuales y trianuales de la Cooperación Aragonesa para el Desarrollo desde 2004. Estos planes tienen como prioridad sectorial el apoyo a los procesos de pacificación y reconstrucción del tejido social, la vinculación de la ayuda de emergencia y humanitaria aragonesa a posteriores actividades de rehabilitación, de reconstrucción de infraestructuras, restablecimiento institucional o de reinserción de poblaciones afectadas, facilita el proceso de pacificación y la reconstrucción del tejido social.

¹⁷¹ Decreto 240/2003, de 16 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifican: el Decreto 68/2000, de 28 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Cooperación al Desarrollo y la Solidaridad con el Tercer Mundo; el Reglamento del Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo, aprobado por Decreto 11/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón; el Reglamento de la Comisión Autonómica de Cooperación para el Desarrollo, aprobado por el Decreto 12/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón. B.O.A. nº 116, 24-09-2003, pág. 10176.

¹⁷² Decreto 68/2000, de 28 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Cooperación al Desarrollo y la Solidaridad con el Tercer Mundo. B.O.A. nº 43, 12-04-2000, pág. 2181.

¹⁷³ Decreto 11/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo. B.O.A. nº 16, 06-02-2002, pág. 949-951.

¹⁷⁴ Decreto 12/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de la Comisión Autonómica de Cooperación para el Desarrollo. B.O.A. nº 16, 06-02-2002, pág. 951-953.

¹⁷⁵ Decreto 164/2004, de 6 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del régimen jurídico de las ayudas y de las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en materia de cooperación al desarrollo. B.O.A. nº 85, 21-07-2004, pág. 7140-7153.

Sus principales instrumentos para llevar a cabo su política de cooperación son las ayudas de emergencia y humanitaria y ayudas a la formación de cooperantes y voluntarios que colaboren en programas de desarrollo. Sus principales socios son las administraciones públicas y los organismos internacionales como la UE.

3. ASTURIAS

Con la Ley del Principado de Asturias 4/2006, de 5 de mayo¹⁷⁶, de Cooperación al Desarrollo, la sociedad asturiana ha ido impulsando un movimiento creciente de solidaridad con los pueblos más empobrecidos. Este movimiento se ve reflejado tanto en el desarrollo y la articulación de organizaciones sociales cada vez más sólidas y eficaces en las acciones de cooperación, como reivindicando compromisos progresivos de las administraciones y entidades públicas con las causas y necesidades de los pueblos sujetos a la injusticia y al empobrecimiento.

Las políticas de cooperación para el desarrollo en Asturias son, pues, la expresión, por un lado; de la convicción política respecto de la responsabilidad colectiva internacional ante las situaciones de empobrecimiento e injusticia en las que viven gran parte de los pueblos del mundo y, a la vez; la expresión de la solidaridad de la sociedad asturiana con los pueblos, países, estados y colectivos cuyos derechos básicos no son respetados.

Esta Ley se fundamenta en la declaración contenida en el preámbulo de la Constitución de 1978¹⁷⁷ y, en la Ley 23/1998, de 7 de julio¹⁷⁸, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Se estructura atendiendo a la necesidad de la asunción, defensa y promoción de los derechos humanos, a la orientación de la cooperación asturiana en la perspectiva del esfuerzo internacional especializado y con expresa atención a las demandas y sugerencias de las agencias del sistema de las Naciones Unidas, a la realización de un modelo de cooperación comprometido

¹⁷⁶ Ley del Principado de Asturias 4/2006, de 5 de mayo, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 162, 08-06-2006, pág. 25591-25597. B.O.P.A. nº 114, 19-05-2006, pág. 10054-10061.

¹⁷⁷ *Loc. cit.* en nota (158).

¹⁷⁸ *Loc. cit.* en nota (165).

en el esfuerzo de superación de las causas estructurales de la pobreza y que contemple con especial interés el empoderamiento por parte de las comunidades y poblaciones del Sur de los medios (humanos, técnicos y materiales) que garanticen el impulso de las microeconomías locales, y el fortalecimiento de su capacidad de gestión política democrática a efectos de asegurar la adecuada protección de los mercados regionales y, a la decidida voluntad de que toda acción de cooperación se realice en términos de calidad.

- Decreto 204/2003 de 2 de octubre¹⁷⁹, de atribuciones, organización y funcionamiento de la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo.
- Decreto 270/2007, de 14 de noviembre¹⁸⁰, por el que se regula el funcionamiento y forma de acceso al Registro de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo del Principado de Asturias.
- Decreto 276/2007 de 4 de diciembre¹⁸¹, por el que se regula la estructura, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Asturiano de Cooperación al Desarrollo.

El Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2009-2012, es el primer Plan Director con periodicidad cuatrienal.

Se contemplan en esta Comunidad Autónoma:

- Estrategia Asturiana de Género para la Cooperación al Desarrollo.
- Estrategia Asturiana de Cooperación con los Pueblos Indígenas.
- Código Ético de Conducta.

¹⁷⁹ Decreto 204/2003, de 2 de octubre, de atribuciones, organización y funcionamiento de la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo. B.O.P.A. nº 240, 16-10-2003, pág. 12949-12950.

¹⁸⁰ Decreto 270/2007, de 14 de noviembre, por el que se regula el funcionamiento y forma de acceso al Registro de Organizaciones No Gubernamentales del Principado de Asturias. B.O.P.A. nº 273, 23-11-2007, pág. 21971-21973.

¹⁸¹ Decreto 276/2007, de 4 de diciembre, por el que se regula la estructura, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Asturiano de Cooperación al Desarrollo. B.O.P.A. nº 297, 24-12-2007, pág. 23926-23928.

4. BALEARES

La Ley 9/2005, de 21 de junio¹⁸², de Cooperación para el Desarrollo, se aplica respetando los principios, los objetivos y las prioridades de la política española que establece la Ley 23/1998, de 7 de julio¹⁸³, de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

En las Islas Baleares la cooperación cuenta con una amplia tradición y experiencia, que se inicia con el trabajo voluntario y solidario de grupos, asociaciones y entidades sociales de las islas, para llegar a la etapa actual de corresponsabilidad entre las iniciativas sociales y las administraciones públicas.

La acción de la administración autonómica de las Islas Baleares en materia de cooperación para el desarrollo ha tenido su expresión en iniciativas de diversa índole, entre las que destacan: la disposición de recursos económicos a través de convocatorias de subvenciones anuales, la organización de actuaciones bilaterales con otras administraciones públicas en programas de salud y medio ambiente y, la multiplicación de programas educativos, de sensibilización y de formación de cooperantes.

Esta ley pretende consolidar la actuación de las políticas de cooperación para el desarrollo y procurar un marco organizado y estructurado. Al mismo tiempo, se busca una mayor eficacia a partir de la planificación y la evaluación, lo cual permitiría una intervención de calidad.

La actuación que ha de desarrollar la comunidad autónoma en materia de cooperación para el desarrollo tiene que basarse en un conjunto de principios y valores compartidos, en la construcción de actuaciones globales e integrales, en la concentración de esfuerzos para que la actuación alcance los impactos necesarios y en la participación de los mismos beneficiarios. Además, la cooperación tiene que

¹⁸² Ley 9/2005, de 21 de junio, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 179, 28-07-2005, pág. 26753-26763. B.O.I.B. nº99, 30-06-2005, pág. 54-62.

¹⁸³ *Loc. cit.* en nota (165).

construirse desde la presencia de todos los posibles agentes interesados, ya sean administraciones públicas, entidades sociales, ciudadanos voluntarios u otros actores sensibilizados en la materia. Desde la iniciativa individual o conjunta han de sumarse esfuerzos para hacer más eficaz la cooperación.

Las políticas de cooperación que se lleven a cabo tienen que estar en consonancia con las recomendaciones de Naciones Unidas y con las directrices de otros organismos internacionales, y también con los acuerdos entre los países de nuestro entorno.

Con el Plan Director de la Cooperación de las Illes Balears para 2008-2011 se iniciaron los Planes anuales a partir de 2010.

5. CANARIAS

La Ley 4/2009, de 24 de abril¹⁸⁴, Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo, se aplica a la actividad de cooperación para el desarrollo realizada dentro o fuera del territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias, por la Administración autonómica, por sí misma o en colaboración con otras instituciones y entidades públicas y privadas, respetando los principios, los objetivos y las prioridades establecidas en la mencionada Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo 23/1998, de 7 de julio¹⁸⁵.

La actividad de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de cooperación internacional para el desarrollo es expresión de la solidaridad del pueblo canario con los pueblos empobrecidos del mundo.

La Comunidad Autónoma de Canarias ha venido comprometiéndose de manera creciente con la cooperación al desarrollo de los países y pueblos menos

¹⁸⁴ Ley 4/2009, de 24 de abril, Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 132, 01-06-2009, pág. 46055-46069. B.O.C. nº 84, 05-05-2009, pág. 9376-9387.

¹⁸⁵ *Loc. cit.* en nota (165).

desarrollados. Este compromiso puede observarse tanto por el aumento progresivo de los recursos destinados a esta finalidad como por el impulso que las diferentes administraciones públicas junto con la participación de la sociedad civil y otros agentes sociales, están dando a la política de cooperación internacional para el desarrollo orientada hacia África, trascendiendo de las tradicionales ayudas a los países iberoamericanos.

La acción pública de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias en esta materia ha tenido su expresión más relevante en la disposición de recursos económicos a través de convocatorias anuales de subvenciones dirigidas a las organizaciones no gubernamentales de desarrollo para que realicen proyectos de cooperación al desarrollo y campañas de educación y sensibilización social. Paralelamente se han realizado actuaciones bilaterales con otros organismos e instituciones de carácter nacional, como la Agencia Española de Cooperación Internacional en programas de salud y medio ambiente, y con las universidades canarias en programas de cooperación científica y técnica.

No obstante, estas actuaciones se vienen realizando en ausencia de un marco legal adecuado que regule específicamente la acción pública en el ámbito de la cooperación al desarrollo y que fije claramente los principios que la orientan, los objetivos que deben perseguir, así como los instrumentos y medios para realizarla, con la intención de que los recursos destinados para tal fin, aumenten de manera progresiva hasta alcanzar el porcentaje del 0,7% de los recursos propios de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, y cumplan los requisitos exigidos para ser considerados como Ayuda Oficial al Desarrollo.

- Decreto 120/2001, 28 mayo¹⁸⁶, por el que se regula la Comisión Gestora de Cooperación al Desarrollo.

¹⁸⁶ Decreto 120/2001, de 28 de mayo, por el que se regula la Comisión Gestora de Cooperación al Desarrollo. B.O.C. nº 71, 08-06-2001, pág. 7202-7203.

- Decreto 49/2003, 30 abril¹⁸⁷, por el que se establece el régimen de subvenciones para la ejecución de proyectos de cooperación al desarrollo y prestaciones humanitarias internacionales de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Se estableció un Plan Director trianual para 2010-2013 de la Cooperación Internacional Canaria para el Desarrollo.

6. CANTABRIA

La Comunidad Autónoma de Cantabria refleja en la Ley de Cantabria 4/2007, de 4 de abril¹⁸⁸, de Cooperación Internacional al Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria su voluntad y compromiso de contribuir al desarrollo de los países empobrecidos, en la búsqueda de alcanzar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los países desarrollados, en el marco de las Naciones Unidas, garantizando que cada año se destine un mínimo un 0,7% de los fondos propios de los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Cantabria para ayuda al desarrollo de las poblaciones más desfavorecidas.

A la vez, se pretende impulsar el compromiso de la sociedad cántabra en la mejora de la calidad, la eficiencia y la transparencia en la cooperación para el desarrollo, en el convencimiento de que una política solidaria es el instrumento más eficaz de paz y democratización, tanto en los países receptores de ayuda, como en nuestras sociedades, que toman conciencia del verdadero origen de los problemas y profundizan en el análisis de los motivos que provocan las desigualdades, consiguiéndose así la promoción de un sistema de valores que permitan construir unas sociedades más justas, equilibradas y solidarias.

¹⁸⁷ Decreto 49/2003, 30 abril, por el que se establece el régimen de subvenciones para la ejecución de proyectos de cooperación al desarrollo y prestaciones humanitarias internacionales de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias. B.O.C. nº 84, 05-05-2003, pág. 6951-6963.

¹⁸⁸ Ley de Cantabria 4/2007, de 4 de abril, de Cooperación Internacional al Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria. B.O.E. nº 110, 08-05-2007, pág. 19721-19732. B.O.C. nº 74, 17-04-2007, pág. 5477-5486.

La cooperación internacional para el desarrollo realizada en Cantabria tiene sus primeros referentes en el movimiento ciudadano y en la acción de las ONGD, que, desde muy pronto, comienzan su actividad en busca de una mayor equidad y justicia en el mundo, trascendiendo el ámbito local, conscientes de la responsabilidad de todos ante la situación de violencia, pobreza e injusticia en que vive la mayoría de la humanidad. En consecuencia, el modelo de cooperación internacional para el desarrollo de que se dota la Comunidad Autónoma de Cantabria, recoge esta trayectoria histórica y, basándose en la experiencia adquirida y en consonancia con la presente realidad social, concibe la intervención pública en esta materia como algo fundamental e impulsora de las iniciativas sociales de los agentes de cooperación y, en especial, de las ONGD, junto con las cuales, se construirá una política de cooperación internacional para el desarrollo adaptada a nuestra realidad, en una dinámica de colaboración, cooperación y concertación entre las iniciativas sociales y la de las Administraciones Públicas en especial la que juegan las Administraciones Locales.

La cooperación internacional para el desarrollo formulada por la Comunidad Autónoma de Cantabria se enmarca dentro de la denominada cooperación descentralizada o, lo que es lo mismo, la realizada fundamentalmente por las comunidades autónomas y desde hace muchos años por los ayuntamientos españoles. Esta cooperación ha sufrido una extraordinaria evolución cuantitativa y cualitativa en los últimos años, con una implicación cada vez mayor de las instituciones, en especial la de los municipios que junto con las comunidades autónomas, fruto del alto grado de autogobierno logrado, y de la creciente toma de conciencia de la ciudadanía, que mediante la acción de las ONGD han impulsado iniciativas cívicas en demanda de un mayor compromiso para erradicar la pobreza, contribuyendo al progreso económico y social de los países empobrecidos.

Esta cooperación descentralizada es seña de identidad y valor en alza de la cooperación española dentro del mundo de la cooperación internacional y, por su proximidad, ha sido calificada por el CAD como fuente de inspiración para otros donantes, canaliza los sentimientos de compromiso, solidaridad y justicia de la

ciudadanía con las poblaciones de los países empobrecidos, en demanda de un mundo diferente y unas relaciones internacionales más justas.

- Decreto 28/2005, de 17 de marzo¹⁸⁹, por el que se regula la cooperación para el desarrollo y la solidaridad con los países empobrecidos.

Se estableció un Plan director trianual 2009-2012 y un plan bianual para 2009-2010.

7. CASTILLA LA MANCHA

La Ley 3/2003, de 13 de febrero¹⁹⁰, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, se inserta en la línea más avanzada de principios, normativas y políticas de cooperación internacional adoptando un nuevo planteamiento que emana del principio de participación y de la interdependencia de los pueblos.

Esta Ley, además de la legislación estatal, tiene como referentes específicos la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo y el Programa de las Naciones Unidas, los compromisos alcanzados en la Cumbre de Desarrollo Social de 1995, así como las Pautas para la Reducción de la Pobreza establecidas por el Comité de Ayuda al Desarrollo de mayo de 2001 en su estrategia para el siglo XXI.

Esta Ley, en su artículo 2, expresa la solidaridad de Castilla La Mancha con los más desfavorecidos que viven en los países en vías de desarrollo, y además de los previstos en la legislación estatal tiene como principios inspiradores la igualdad de todos los seres humanos en dignidad y derechos, así como la obligación de ayudarse mutuamente.

Con la aprobación de esta ley se pretendía dar respuesta a las necesidades de una cooperación entre los pueblos cada vez más eficaz y transparente.

¹⁸⁹ Decreto 28/2005, de 17 de marzo, por el que se regula la cooperación para el desarrollo y la solidaridad con los países empobrecidos. B.O.C. nº 63, 04-04-2005, pág. 3463-3464.

¹⁹⁰ Ley 3/2003, de 13 de febrero, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 129, 30-05-2003, pág. 20867-20870. D.O.C.M. nº 28, 28-02-2003, pág. 3087-3090.

Se estableció en Castilla La Mancha un Plan Estratégico bianual de Cooperación para el Desarrollo (2009-2011).

8. CASTILLA y LEÓN

La Ley 9/2006, de 10 de octubre¹⁹¹, de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Castilla y León, encuentra su raíz y fundamento en los principios y manifestaciones de solidaridad encarnados por la sociedad castellana y leonesa que aspira al logro de un progreso económico y social duradero de los países más desfavorecidos, y que desea que su aspiración se articule en programas y acciones de lucha contra la pobreza. Ha sido la intervención de la sociedad de cada comunidad autónoma la que a través de iniciativas y proyectos solidarios ha ido conduciendo a la progresiva intervención de sus administraciones públicas.

Desde finales de la década de los ochenta, la Junta de Castilla y León y las administraciones locales y provinciales de la Comunidad comenzaron a destinar fondos para la ayuda y la cooperación al desarrollo, asumiendo el compromiso de consolidar la ayuda hacia acciones que atendieran a la mejora de las condiciones de vida de los pueblos.

La política castellana-leonesa de cooperación al desarrollo se ha ido consolidando en estos años como consecuencia de la responsabilidad que la sociedad ha asumido ante las situaciones de injusticia, pobreza y violencia en las que vive gran parte de la población mundial. La existencia de un movimiento de solidaridad, formado por el trabajo voluntario y solidario de grupos, asociaciones y entidades sociales castellanas-leonesas, así como el trabajo de sensibilización y concienciación que las ONG para el Desarrollo y la propia Coordinadora Castellano Leonesa realiza desde sus inicios, han permitido generar compromisos crecientes tanto en las administraciones públicas como en las organizaciones sociales.

¹⁹¹ Ley 9/2006, de 10 de octubre, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 278, 21-11-2006, pág. 40713-40725. B.O.C.Y.L. nº 202, 19-10-2006, pág. 10-20.

En la sociedad castellana-leonesa está arraigado el espíritu de solidaridad y es la misma sociedad quien está demandando de sus administraciones una respuesta decidida y comprometida con la cooperación al desarrollo. La Junta de Castilla y León es consciente de que para responder adecuadamente al grado de compromiso que se requiere, y desde la convicción de la responsabilidad que le compete en su contribución a la erradicación de la pobreza y de la marginación en la que vive una gran parte de la población mundial, debe dotarse de un marco jurídico estable que contemple todas las posibilidades de actuación y de intervención que puedan contribuir a las finalidades pretendidas. En tal sentido, la configuración de una política pública coherente y decidida requiere el establecimiento de un marco jurídico complejo y completo de principios, objetivos, prioridades, órganos o recursos, así como disponer de toda la gama de formas, modalidades e instrumentos de intervención posibles, desde la cooperación económica a la cooperación financiera, desde la asistencia técnica hasta la formación y la investigación para el desarrollo, desde el trabajo a través de proyectos de cooperación, como el que se pueda realizar a través de programas de más largo plazo, desde la actividad de fomento hasta la intervención directa, desde el trabajo en los países receptores, como desde el que se lleva a cabo en el propio territorio de la Comunidad mediante la educación para el desarrollo y la sensibilización social.

La política de cooperación para el desarrollo se reconoce, explícita o implícitamente, como una exigencia para la efectividad de los derechos humanos. Igualmente existe un programa común de actuación en el ámbito internacional y un amplio consenso sobre los objetivos y las actuaciones necesarias para abordar, en un mundo globalizado como es el nuestro, las políticas de cooperación al desarrollo. La última muestra de esto es la Declaración del Milenio, aprobada en septiembre de 2000 por 189 estados, por la que se comprometieron a intensificar los esfuerzos mundiales para reducir la pobreza, mejorar la salud, alcanzar la paz y fomentar los derechos humanos, en la que se establecieron ocho grandes objetivos, los llamados Objetivos del Milenio. No cabe duda de que el desarrollo humano abarca mucho más que estos objetivos, pero éstos constituyen un referente crucial

para medir el progreso hacia la creación de un nuevo orden mundial más justo, menos empobrecido e inseguro.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León estableció un Plan Director de Cooperación para 2009-2012 y una Programación Ejecutiva Anual desde 2010.

9. CATALUÑA

La Ley 26/2001, de 31 de diciembre¹⁹², de Cooperación al Desarrollo fue aprobada por unanimidad por el Parlamento de Cataluña en diciembre de 2001. Esta Ley establece y regula la actividad de la Generalidad de Cataluña en materia de cooperación al desarrollo y de solidaridad internacional.

La primera y más importante especificidad del modelo catalán de cooperación que la presente Ley reconoce e impulsa es la concepción de la intervención pública como complementaria e impulsora de las iniciativas cívicas de solidaridad y de cooperación; fomenta el espíritu emprendedor por medio de la colaboración, la cooperación y la concertación entre las iniciativas sociales y la actividad administrativa. Lo que se quiere incentivar no es una burocracia de la cooperación, sino una multiplicidad de iniciativas y agentes de cooperación cada vez más capaces, conectados y reconocidos internacionalmente, los cuales, con el apoyo de núcleos de gestión estratégica de las administraciones públicas, son los que han de asumir también una responsabilidad fundamental en la ejecución de los planes, los programas y los proyectos de solidaridad y cooperación al desarrollo.

Esta Ley se aplica a la actividad de cooperación al desarrollo hecha por la Generalidad, la cual comprende no sólo las actuaciones directamente orientadas a producir desarrollo en los países beneficiarios, sino también las orientadas a aumentar la concienciación y el grado de compromiso de los catalanes por la solidaridad internacional y el desarrollo; formula los valores y las finalidades o los

¹⁹² Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 34, 08-02-2002, pág. 5164-5173. D.O.G.C. nº 3551, 11-01-2002, pág. 454-461.

intereses generales legitimadores de las actuaciones y los gastos públicos en el ámbito de la cooperación desde una concepción integral del desarrollo humano, inspirada en las aportaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que engloba las dimensiones democrática, económica, social y medioambiental. Los valores hacen referencia a las razones de las actuaciones de desarrollo y sirven para marcar los criterios de evaluación. Esta Ley destaca los valores comúnmente aceptados por las regulaciones internacionales, si bien desde la experiencia histórica se da prioridad especialmente al derecho de los pueblos a la defensa y la promoción de la cultura, la lengua y la identidad propias, así como al reconocimiento de la paz, los derechos económicos y sociales y la necesidad de contribuir al refuerzo de la democracia participativa y la gobernabilidad como fundamentos de un indispensable desarrollo económico, duradero, equitativo y sostenible. Las finalidades hacen referencia a los bienes públicos específicos que han de justificar cada actuación concreta de desarrollo y que proporcionan también los criterios para una evaluación particularizada. Estos valores y finalidades son inseparables y constituyen el referente desde el cual la norma formula las prioridades geográficas y sectoriales que después han de ser concretadas por el plan director.

Esta Ley establece los principios ordenadores de la actividad de la Generalidad en materia de cooperación al desarrollo, los cuales, como principios jurídicos, vinculan el conjunto de decisiones públicas en este ámbito. Algunos de estos principios son traslación a este campo de los principios de buena gestión. Otros son principios generales de la cooperación al desarrollo avalados por la experiencia internacional, como son el de colaboración, el de participación y asunción de los proyectos por los países receptores o el de liberalidad de la ayuda. De entre estos últimos, la disposición legal ha querido destacar el principio de coherencia entre la política de ayuda al desarrollo y el resto de políticas y actuaciones desarrolladas por la Generalidad y los entes locales de Cataluña. La presente Ley quiere, así, destacar que el desarrollo, que es el bien público global perseguido, nunca puede considerarse exclusivamente fruto de la ayuda al desarrollo.

La Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo (ACCD), es una entidad de derecho público de la Generalidad creada por las disposiciones de la Sección Quinta de la Ley 31/2002, de 30 de diciembre¹⁹³, de medidas fiscales y administrativas que goza de personalidad jurídica propia y que ajusta su actividad al derecho privado. La ACCD tiene por objeto ejecutar y gestionar la política de cooperación al desarrollo de la Generalidad de Cataluña siguiendo las directrices establecidas por el órgano competente en materia de relaciones exteriores. La ACCD está adscrita al Departamento de la Presidencia mediante la Secretaría de Asuntos Exteriores. Los estatutos de la ACCD, que definen la naturaleza, la organización y las funciones, se aprobaron en 2003 mediante Decreto del Gobierno de la Generalidad, con la deliberación y el dictamen de los órganos consultivos establecidos por la Ley de cooperación al desarrollo.

Para el cumplimiento de estos objetivos la Ley 26/2001, de 31 de diciembre¹⁹⁴, prevé la creación de un registro de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, que depende del Departamento de la Presidencia y se adscribe a la Secretaría de Relaciones Exteriores. La inscripción en este registro o en el previsto en el artículo 33 de la Ley 23/1998, de 7 de julio¹⁹⁵, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, constituye un requisito indispensable para que las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo puedan recibir de la Generalidad de Cataluña subvenciones computables como ayuda oficial al desarrollo o bien beneficiarse de los incentivos fiscales a que se refiere el artículo 35 de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

- Decreto 109/2003, de 15 de abril¹⁹⁶, por el que se regula el Registro de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo previsto en la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo.

¹⁹³ Ley 31/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas. B.O.E. nº 15, 17-01-2003, pág. 2230-2269. D.O.G.C. nº 3791, 31-12-2002, pág. 23166-23189.

¹⁹⁴ *Loc. cit.* en nota (192).

¹⁹⁵ *Loc. cit.* en nota (165).

¹⁹⁶ Decreto 109/2003, de 15 de abril, por el que se regula el Registro de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo previsto en la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. D.O.G.C. nº 3870, 24-04-2003, pág. 8150-8151.

Este Decreto tiene como objetivo establecer las bases para el funcionamiento práctico del Registro, sin perjuicio de que, en su momento, se articulen los procedimientos correspondientes para asegurar la comunicación y homologación de datos con el Registro de organizaciones no gubernamentales de desarrollo adscrito a la Agencia Española de Cooperación Internacional, con el de otras comunidades autónomas y con otros registros que, con la misma o similar finalidad, se hayan abierto en Cataluña.

- Decreto 236/2003, de 8 de octubre¹⁹⁷, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo.
- Decreto 179/2005 de 30 de agosto¹⁹⁸, por el que se crea el Comité Catalán de Ayuda Humanitaria de Emergencia.
- Decreto 139/2012, de 30 de octubre¹⁹⁹, por el que se regulan los órganos de coordinación y colaboración y los órganos consultivos de la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo.

Cataluña estableció Planes Directores trianuales de Cooperación al Desarrollo desde 2003 y Planes Anuales desde 2004.

10. CEUTA

La Ciudad Autónoma de Ceuta no presenta una legislación específica en materia de Cooperación para el Desarrollo. Ceuta presenta la Delegación del Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo (CICODE), que se creó en mayo de 2008 en Melilla. Desde diciembre de ese mismo año, la CICODE cuenta con la

¹⁹⁷ Decreto 236/2003, de 8 de octubre, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo. D.O.G.C. nº 3987, 14-10-2003, pág. 19663-19665.

¹⁹⁸ Decreto 179/2005, de 30 de agosto, por el que se crea el Comité Catalán de Ayuda Humanitaria de Emergencia. D.O.G.C. nº 4460, 01-09-2005, pág. 26723-26724.

¹⁹⁹ Decreto 139/2012, de 30 de octubre, por el que se regulan los órganos de coordinación y colaboración y los órganos consultivos de la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. D.O.G.C. nº 6245, 02-11-2012, pág. 53361-53368.

colaboración del Ministerio de Trabajo e Inmigración y el Fondo Social Europeo, además de la ayuda puntual de la Ciudad Autónoma de Melilla.

11. EXTREMADURA

Extremadura realiza acciones en materia de cooperación desde el año 1995, pero no es hasta mayo de 2008, gracias a la Ley 1/2008, de 22 de mayo²⁰⁰, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, que se constituye la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AEXCID). Por aquellas fechas, la cooperación extremeña, desde el punto de vista económico y profesional, ya había crecido mucho, y surgía la necesidad de darle un mejor servicio y una mejor respuesta a la cooperación autonómica. De forma que, con la intención de gestionar y coordinar con mayor agilidad y eficacia todos los recursos económicos y materiales que la Junta de Extremadura ya destinaba a la Cooperación, se crea la AEXCID.

La AEXCID es el órgano que gestiona las políticas de la Junta de Extremadura en materia de cooperación para el desarrollo, construcción de la paz y acción humanitaria. Trabajan para modificar las relaciones injustas que existen entre el norte y el sur del planeta y para contribuir al desarrollo de los países empobrecidos. Su finalidad es fomentar la defensa de los derechos humanos, contribuir a la erradicación de la pobreza y propiciar el desarrollo humano sostenible.

Para todo ello, la AEXCID canaliza su trabajo bajo varias líneas de actuación, por una parte, subvenciona proyectos de desarrollo a ONGD y a entidades privadas sin ánimo de lucro, sin entrar en la gestión de los mismos; por otra, realiza acciones de cooperación directa, es decir, acciones en las que el Gobierno de Extremadura se implica directamente en todas las fases del proyecto, desde su diseño hasta su evaluación final; pero también existe un término medio entre una

²⁰⁰ Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura. B.O.E. nº 142, 12-06-2008, pág. 26907-26914. D.O.E. nº 100, 26-05-2008, pág. 13955-13972.

línea de acción y otra, existe la Cooperación Concertada, a través de la cual el Gobierno de Extremadura colabora con otras entidades públicas y privadas asumiendo un papel activo en el desarrollo y la ejecución de los proyectos.

La AEXCID responde además ante situaciones de especial necesidad, como desastres naturales o emergencias humanitarias de cualquier otra índole, mediante acciones preventivas, de rehabilitación y de reconstrucción.

La Comunidad Autónoma de Extremadura en la Ley 1/2003, de 27 de febrero²⁰¹, de Cooperación para el Desarrollo, establece y regula el régimen jurídico de la cooperación para el desarrollo que realiza. Esta Ley se aplica al conjunto de actuaciones, iniciativas, recursos y capacidades que las diferentes entidades, organizaciones y Administraciones Públicas de Extremadura ponen al servicio de los países en vías de desarrollo con el fin de contribuir a su progreso humano, económico y social, y cuyo objetivo último es la erradicación de la pobreza en todas sus manifestaciones, así como de las causas que la producen. La cooperación para el desarrollo es una de las expresiones de la solidaridad del pueblo extremeño con los pueblos más desfavorecidos de otras naciones.

- Decreto 36/2005, de 9 de febrero²⁰², por el que se regula el Registro de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 37/2005, de 9 de febrero²⁰³, por el que se regula el Consejo Asesor de Cooperación para el Desarrollo.

²⁰¹ Ley 1/2003, de 27 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 87, 11-04-2003, pág. 14345-14352. D.O.E. nº 33, 18-03-2003, pág. 4163-4172.

²⁰² Decreto 36/2005, de 9 de febrero, por el que se regula el Registro de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Extremadura. D.O.E. nº 18, 15-02-2005, pág. 1946-1949.

²⁰³ Decreto 37/2005, de 9 de febrero, por el que se regula el Consejo Asesor de Cooperación al Desarrollo. D.O.E. nº 18, 15-02-2005, pág. 1949-1952.

- Decreto 38/2005, de 9 de febrero²⁰⁴, por el que se regula la Comisión Autónoma de Cooperación para el Desarrollo.

La Comunidad Autónoma de Extremadura dispone de Planes Generales trianuales de la Cooperación Extremeña desde 2004 y Planes anuales desde 2004.

12. GALICIA

El 19 de octubre de 1992, la Xunta de Galicia firmó un convenio marco con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través del cual ambas administraciones se comprometieron a desarrollar acciones conjuntas en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo. Este convenio supuso el inicio de las políticas de cooperación al desarrollo de la Xunta de Galicia.

Posteriormente, la Ley 3/2003, de 19 de junio²⁰⁵, de Cooperación para el Desarrollo, supuso la consolidación definitiva de la cooperación para el desarrollo, expresión de la responsabilidad y madurez de la sociedad civil gallega y de sus instituciones, en las que se percibe en los últimos años un impulso importante de los valores de la cooperación y la solidaridad internacional con los pueblos y gente más desfavorecida de la Tierra, valores de necesaria presencia en una comunidad civilizada.

El objeto de la Ley 3/2003, de 19 de junio, de Cooperación para el Desarrollo es regular las acciones con que la Comunidad gallega asume la responsabilidad de cooperar con otros países para propiciar su desarrollo integral, contribuir a la mejora de las condiciones de vida de sus habitantes y aliviar y corregir las situaciones de pobreza y propiciar un desarrollo humano solidario y estable, que incluya mayores cuotas de libertad y un reparto más justo de los frutos del crecimiento económico.

²⁰⁴ Decreto 38/2005, de 9 de febrero, por el que se regula la Comisión Autónoma de Cooperación al Desarrollo. D.O.E. nº 18, 15-02-2005, pág. 1952-1954.

²⁰⁵ Ley 3/2003, de 19 de junio, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 172, 19-07-2003, pág. 28231-28240. D.O.G. nº 128, 03-07-2003, pág. 8830-8840.

Esta ley se aplica al conjunto de actuaciones, iniciativas y recursos que las diferentes organizaciones, entidades y administraciones públicas gallegas ponen al servicio de los pueblos más desfavorecidos, a fin de contribuir a su progreso humano, propiciar su desarrollo sostenible, favorecer su bienestar social y eliminar la pobreza en todas sus manifestaciones, así como potenciar la defensa de los derechos humanos, para avanzar en la democratización de estos pueblos como garante de estabilidad de los programas de desarrollo.

- Decreto 90/2011, de 5 de mayo²⁰⁶, por el que se modifica el Decreto 326/2004, de 29 de diciembre, por el que se regulan los órganos de coordinación y asesoramiento en materia de cooperación para el desarrollo y por el que se crea el Registro Gallego de Agentes de Cooperación para el Desarrollo.

Galicia dispone de Planes Directores trianuales de la Cooperación Gallega para el Desarrollo desde 2007 y Planes anuales desde 2006.

13. MADRID

Las raíces de la cooperación para el desarrollo en la Comunidad de Madrid se encuentran en el largo camino de solidaridad que desde hace décadas han llevado a cabo grupos, asociaciones y entidades sociales madrileñas. Antes de que hubiese una cooperación oficial, existía ya una fuerte iniciativa social que canalizaba importantes recursos económicos y, de modo especial, humanos, en favor de los países más pobres. Esta cooperación de iniciativa social se realizaba, en ocasiones, de modo espontáneo y, en otras, con formas muy organizadas.

²⁰⁶ Decreto 90/2011, de 5 de mayo, por el que se modifica el Decreto 326/2004, de 29 de diciembre, por el que se regulan los órganos de coordinación y asesoramiento en materia de cooperación para el desarrollo y por el que se crea el Registro Gallego de Agentes de Cooperación para el Desarrollo. D.O.G. nº 100, 25-05-2011, pág. 11359-11373.

Las políticas de cooperación para el desarrollo de la Comunidad de Madrid son expresión de una convicción asumida respecto de la responsabilidad de todos ante la situación de pobreza, violencia e injusticia en que vive la mayoría de la población mundial. Son el signo de una voluntad de contribuir de forma cada vez más sistemática y organizada al progreso y desarrollo humano de las poblaciones más necesitadas hacia unas condiciones de vida que favorezcan la dignidad de la persona de los países más pobres.

Si bien existían con anterioridad algunas actuaciones aisladas, el punto de arranque de la política de cooperación para el desarrollo en la Comunidad de Madrid lo constituye la firma del I Convenio Marco entre el Instituto de Cooperación Iberoamericana (ICI), dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores, y la Comunidad de Madrid, con fecha 1 de junio de 1987. Este Convenio sirvió de impulso para la adopción de acciones en materia de cooperación internacional para el desarrollo.

En los años sucesivos se realizaron las primeras convocatorias para la cofinanciación de proyectos de ONGD en países en vías de desarrollo, y se llevaron a cabo diversas iniciativas directas desde varias Consejerías, produciéndose así un salto cualitativo en la política de cooperación para el desarrollo de la Comunidad de Madrid.

El compromiso cada vez mayor de un importante grupo de ayuntamientos de la región madrileña, de las organizaciones sociales interesadas en la cooperación internacional para el desarrollo y del Gobierno de la Comunidad, acompañado de una experiencia y madurez consolidadas de todos ellos, así como una sensibilización creciente de la opinión pública, fue generando una demanda de mayores dotaciones presupuestarias para este fin.

La ley principal de la Comunidad de Madrid en materia de cooperación es la Ley 13/1999, de 29 de abril²⁰⁷, de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad

²⁰⁷ Ley 13/1999, de 29 de abril, de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.E. nº 172, 20-07-1999, pág. 27191-27197. B.O.C.M. nº 112, 13-05-1999, pág. 14-19.

de Madrid. Esta ley tiene por objetivo establecer y regular el régimen jurídico de la cooperación para el desarrollo realizada por la Comunidad de Madrid, entendiendo por ello el conjunto de recursos y capacidades que la Comunidad de Madrid pone al servicio de los países en desarrollo, con el fin de contribuir a su progreso humano, económico y social, y cuyo objetivo último es la erradicación de la pobreza en todas sus manifestaciones.

Esta disposición supone la consolidación definitiva de la cooperación para el desarrollo como un elemento integrante de la política de la Comunidad de Madrid con el máximo rango. A este punto se llega cuando la sociedad madrileña y sus instituciones alcanzan una madurez en la conciencia de que la solidaridad con los pueblos y las personas más desfavorecidas de la Tierra es una exigencia de una comunidad civilizada. Establece la planificación de la Comunidad de Madrid, a través de los Planes Generales, con carácter cuatrienal, y los Planes Anuales.

La Comunidad de Madrid a través del Decreto 174/1997, de 11 de diciembre²⁰⁸, crea el Consejo de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid. Este Consejo de Cooperación al Desarrollo sufrió modificaciones reflejadas en el Decreto 92/1998, de 28 de mayo²⁰⁹, y Decreto 80/2005, de 2 de agosto²¹⁰, hasta que posteriormente ha quedado suprimido en la Ley 6/2013, de 23 de diciembre²¹¹, de Medidas Fiscales y Administrativas.

La Comunidad de Madrid también disponía del Decreto 107/2000, de 1 de junio²¹², por el que se regula la naturaleza, funciones, composición y organización

²⁰⁸ Decreto 174/1997, de 11 de diciembre, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 303, 22-12-1997, pág. 6-8.

²⁰⁹ Decreto 92/1998, de 28 de mayo, por el que se modifica el Decreto 174/1997, de 11 de diciembre, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 131, 04-06-1998, pág. 4.

²¹⁰ Decreto 80/2005, de 2 de agosto, por el que se modifica el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 185, 05-08-2005, pág. 6-7.

²¹¹ Ley 6/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. B.O.E. nº 74, 26-03-2014, pág. 26656-26687. B.O.C.M. nº 309, 30-12-2013, pág. 938-966.

²¹² Decreto 107/2000, de 1 de junio, por el que se regula la naturaleza, funciones, composición y organización de la Comisión Regional de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 134, 07-06-2000, pág. 6-7.

de la Comisión Regional de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid, pero esta disposición fue derogada por la Ley 9/2010, de 23 de diciembre²¹³, de Medidas Fiscales, Administrativas y Racionalización del Sector Público.

14. MELILLA

Al igual que la Ciudad Autónoma de Ceuta, la Ciudad Autónoma de Melilla no presenta una legislación específica en materia de Cooperación para el Desarrollo, presenta la Delegación del Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo (CICODE), que se creó en mayo de 2008 en esta misma ciudad. Desde diciembre de ese mismo año, la CICODE cuenta con la colaboración del Ministerio de Trabajo e Inmigración y el Fondo Social Europeo, además de la ayuda puntual de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

15. MURCIA

La política de cooperación al desarrollo que realiza la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se inició con las campañas ciudadanas de sensibilización, que en el año 1994 reclamaban que el 0,7% del PIB fuera destinado a cooperación al desarrollo.

La Ley 12/2007, de 27 de diciembre²¹⁴, de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia supone la consolidación de las actuaciones en materia de cooperación al desarrollo que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia viene realizando desde 1994 como

²¹³ Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Racionalización del Sector Público. B.O.E. nº 118, 18-05-2011, pág. 49841-49877. B.O.C.M. nº 310, 29-12-2010, pág. 1059-1091.

²¹⁴ Ley 12/2007, de 27 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Murcia. B.O.E. nº 177, 23-07-2008, pág. 32172-32184. B.O.R.M. nº 18, 22-01-2008, pág. 1969-1984.

expresión de la responsabilidad y madurez de la sociedad civil murciana y de sus instituciones, de su solidaridad y de su compromiso con el objetivo de contribuir a erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida de las poblaciones de los países menos avanzados y en vías de desarrollo y que dicha cooperación contribuya a erradicar, en los países en vías de desarrollo, la pobreza en todas sus manifestaciones y las causas que la producen; y contribuya a promover un desarrollo humano integral en esos países concibiendo el desarrollo humano integral como la creación de un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y disfrutar de una vida larga, saludable, productiva y creativa, de acuerdo con sus necesidades e intereses. Un desarrollo humano integral que suponga para los países empobrecidos y su población mayor acceso al conocimiento, mejor nutrición y servicios de salud, tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel de vida digno, un sustento o forma de ganarse la vida más seguro, seguridad contra el crimen y contra la violencia física, satisfacción del tiempo de ocio, libertad política y cultural, participación en la vida de la comunidad y respeto y garantía de los derechos humanos. En definitiva, un desarrollo humano integral entendido como desarrollo endógeno e inclusivo, que promueva un reparto más justo de los frutos del crecimiento económico, un desarrollo social y de las libertades democráticas y la sostenibilidad social y medioambiental.

Esta Ley pretende, además, ser un instrumento común de armonización y articulación de la colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los ayuntamientos de la Región y el resto de personas que intervienen en la cooperación internacional para el desarrollo y un marco de referencia para todos en el ámbito regional; mejorar en todos los aspectos la cooperación que se realiza desde la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; implicar progresivamente a más actores públicos y privados, y más recursos económicos y materiales en el desarrollo de los países empobrecidos. Por último, la Ley pretende mejorar la gestión y racionalizar la Ayuda de Emergencia, y a estos efectos prevé la creación de un Comité de Emergencias que coordine las actuaciones dirigidas a hacer frente a situaciones de emergencia humanitaria en países empobrecidos; y la creación de

un Fondo Regional para Ayuda de Emergencia, que sirva para financiar de forma ágil y eficaz las actuaciones en este ámbito.

16. NAVARRA

El Gobierno de Navarra rige sus líneas de actuación, en materia de Cooperación al Desarrollo, contextualizadas en el siguiente marco normativo de leyes y planes:

- La Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo²¹⁵, de Cooperación al Desarrollo de Navarra tiene por objeto regular las acciones por las cuales la Comunidad Foral de Navarra asume la responsabilidad de cooperar con otros países para propiciar su desarrollo integral, contribuir a la mejora de las condiciones de vida de sus habitantes y aliviar y corregir las situaciones de pobreza, propiciando un desarrollo humano solidario y estable, que incluya mayores cuotas de libertad y un reparto más justo de los frutos del crecimiento económico. Esta Ley Foral ha sido posteriormente modificada por la Ley Foral 4/2010, de 6 de abril²¹⁶.
- Planes Directores trianuales de la Cooperación Navarra desde 2007.

17. PAÍS VASCO

El País Vasco cuenta con la Ley 1/2007, de 22 de febrero²¹⁷, de Cooperación para el Desarrollo para coordinar sus actividades sobre este tema.

²¹⁵ Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 117, 16-05-2001, pág. 17355-49877. B.O.N. nº 34, 16-03-2001, pág. 2046-2051.

²¹⁶ Ley Foral 4/2010, de 6 de abril, por la que se modifica la Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 128, 06-05-2010, pág. 45941-45948. B.O.N. nº 46, 14-04-2010, pág. 4898-4890.

²¹⁷ Ley 1/2007, de 22 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 250, 17-10-2011, pág. 108248-108264. B.O.P.V. nº 48ZK, 08-03-2007, pág. 5445-5465.

La cooperación al desarrollo que se lleva a cabo desde Euskadi es una cooperación descentralizada que, realizándose desde instituciones subestatales y corporaciones locales, se caracteriza por una implicación más directa de la sociedad civil que traslada a sus administraciones de ámbito autonómico y local una especial exigencia de que la cooperación se fundamente en principios de solidaridad y de atención al desarrollo humano.

La sociedad vasca comenzó generando compromisos más bien puntuales o simbólicos con las administraciones que, finalmente han dado lugar a una política pública de solidaridad internacional prácticamente irrenunciable para todas las instituciones y sensibilidades políticas.

La cooperación pública al desarrollo en la Comunidad Autónoma del País Vasco, vivió un momento de gran expansión y madurez en la década de los noventa. Esta trayectoria se reconoce de modo muy gráfico en la evolución anual del presupuesto de cooperación del Gobierno Vasco, donde la tendencia constante al crecimiento del esfuerzo público en cooperación acredita la voluntad política, existente en ciudadanos e instituciones, de reforzar el ejercicio de nuestra responsabilidad en el ámbito de la solidaridad.

Desde la creación en el año 1990 del Fondo de Cooperación y Ayuda al Desarrollo por acuerdo del Gobierno Vasco y las diputaciones forales, la Comunidad Autónoma ha ido incrementando el volumen de los recursos y la diversidad de las acciones de cooperación, hasta el punto de haberse hecho necesaria una regulación con rango de ley. Por otra parte, la complejidad y variedad de las labores de cooperación generan intervenciones que requieren progresivos grados de especialización, cuyas garantías de adecuada y buena ejecución comienzan con la debida regulación de los requisitos a cumplir por los agentes de cooperación. Además, el establecimiento de los principios, objetivos y prioridades de la política de cooperación vasca en el marco de una ley de cooperación para el desarrollo permitirá, asimismo, avanzar en la coherencia entre la política de ayuda al desarrollo y el resto de políticas y actuaciones desarrolladas por el Gobierno y los entes forales y locales de Euskadi.

Otra de las expresiones relevantes en Euskadi de la cooperación pública para el desarrollo es el importante compromiso que en esta materia han ido asumiendo los municipios. La trayectoria solidaria seguida por numerosos ayuntamientos vascos resulta ejemplar, y es justo reconocer que muchas de las actividades habituales relacionadas con la cooperación, así como su constante diversificación y especialización, tienen relación directa con la actitud pionera de los representantes técnicos y políticos de dichos ayuntamientos.

La Ley vasca de Cooperación para el Desarrollo diseña un modelo de cooperación que, en cuanto expresado en la formulación de principios, objetivos y prioridades está en buena sintonía con la experiencia y madurez de las personas comprometidas en las tareas de cooperación y da una respuesta adecuada a las expectativas de nuestra sociedad: animando y fortaleciendo a nuestros agentes de cooperación en su magnífica labor, y también permitiendo avanzar en las garantías de autenticidad y de eficacia de los mismos. Y que, asimismo, porque cuenta con una magnífica posición de partida, fruto del esfuerzo realizado en estos últimos años, sea un referente de calidad y nos permita situarnos al lado de los países más avanzados en estos cometidos.

Una cooperación, que se distinga por su calidad, deberá, necesariamente; además de garantizar la mejora permanente en la eficiencia de la gestión, impulsar actuaciones estratégicas centradas en el incremento de la eficacia en la consecución de los objetivos propuestos, así como transferir fondos y proveer de asistencia técnica con el mejor criterio posible. Deberá propiciar un encuentro con las comunidades y pueblos con los que colaboramos, en el que compartamos verdaderamente aquellos valores éticos que han definido históricamente a nuestro pueblo en el mundo entero. Esta consideración resulta especialmente oportuna en un asunto, como lo es el de la cooperación internacional para el desarrollo, que, abierto al debate y también a críticas interesadas, se asoma a un horizonte temporal en el que la mejor manera de afrontar posibles incertidumbres consiste precisamente en la adecuada actualización de nuestra memoria histórica de solidaridad.

Para la coordinación de la Cooperación al Desarrollo el País Vasco dispone del Decreto 199/1992, de 21 de julio²¹⁸, por el que se regulan los programas específicos de Cooperación al desarrollo integral, regional, productivo y de formación y asistencia técnica en el Tercer Mundo.

Además, el País Vasco dispone de varios Decretos para la regulación de ayudas destinadas a programas, proyectos, organismos, cooperantes y acciones humanitarias entre los que se encuentran:

- Programas:

Decreto 57/2007, de 3 de abril²¹⁹, por el que se regulan las ayudas a programas con cargo al Fondo para la Cooperación al Desarrollo.

- Proyectos:

Decreto 34/2007, de 27 de febrero²²⁰, por el que se regulan las ayudas a proyectos con cargo al Fondo de Cooperación al Desarrollo.

- Organismos:

Decreto 22/2007, de 13 de febrero²²¹, por el que se regulan las ayudas a Organismos Internacionales del sistema de las Naciones Unidas y a personas jurídicas vinculadas a ellos, para becar a los/as cooperantes voluntarios/as que participen en proyectos de desarrollo de dichos Organismos Internacionales en países empobrecidos.

²¹⁸ Decreto 199/1992, de 21 de julio, por el que se regulan los programas específicos de Cooperación al desarrollo integral, regional, productivo y de formación y asistencia técnica en el Tercer Mundo. B.O.P.V. nº 165ZK, 25-08-1992, pág. 7657-7712.

²¹⁹ Decreto 57/2007, de 3 de abril, por el que se regulan las ayudas a programas con cargo al Fondo para la Cooperación al Desarrollo. B.O.P.V. nº 89ZK, 10-05-2007, pág. 10715-10774.

²²⁰ Decreto 34/2007, de 27 de febrero, por el que se regulan las ayudas a proyectos con cargo al Fondo de Cooperación al Desarrollo. B.O.P.V. nº 53ZK, 15-03-2007, pág. 6333-6358.

²²¹ Decreto 22/2007, de 13 de febrero, por el que se regulan las ayudas a Organismos Internacionales del sistema de las Naciones Unidas y a personas jurídicas vinculadas a ellos, para becar a los/as cooperantes voluntarios/as que participen en proyectos de desarrollo de dichos Organismos Internacionales en países empobrecidos. B.O.P.V. nº 50ZK, 12-03-2007, pág. 5599-5611.

- Cooperantes:

Decreto 124/2005, de 31 de mayo²²², modificado por el Decreto 2/2006, de 10 de enero, y por el Decreto 264/2006, de 26 de diciembre, por el que se regulan las ayudas a los cooperantes vascos con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo.

Decreto 2/2006, de 10 de enero²²³, por el que se modifica el Decreto por el que se regulan las ayudas a los/as cooperantes vascos/as con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo.

Decreto 264/2006, de 26 de diciembre²²⁴, de segunda modificación del Decreto por el que se regulan las ayudas a los/as cooperantes vascos/as con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo.

- Acciones humanitarias:

Decreto 31/2008, de 19 de febrero²²⁵, por el que se regulan las ayudas a acciones humanitarias con cargo a la cooperación para el desarrollo.

En Euskadi cuentan además, con la Ley 14/2007, de 28 de diciembre²²⁶, de Carta de Justicia y Solidaridad con los Países Empobrecidos, que obliga, entre otras cosas, al gobierno vasco a condonar la parte de la deuda externa del gobierno

²²² Decreto 124/2005, de 31 de mayo, modificado por el Decreto 2/2006, de 10 de enero, y por el Decreto 264/2006, de 26 de diciembre, por el que se regulan las ayudas a los cooperantes vascos con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo. B.O.P.V. nº 104ZK, 03-06-2005, pág. 10354-10363.

²²³ Decreto 2/2006, de 10 de enero, por el que se modifica el Decreto por el que se regulan las ayudas a los/as cooperantes vascos/as con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo. B.O.P.V. nº 11ZK, 17-01-2006, pág. 854-855

²²⁴ Decreto 264/2006, de 26 de diciembre, de segunda modificación del Decreto por el que se regulan las ayudas a los/as cooperantes vascos/as con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo. B.O.P.V. nº 6ZK, 09-01-2007, pág. 343-345.

²²⁵ Decreto 31/2008, de 19 de febrero, por el que se regulan las ayudas a acciones humanitarias con cargo a la cooperación para el desarrollo. B.O.P.V. nº 41ZK, 27-02-2008, pág. 4095-4117.

²²⁶ Ley 14/2007, de 28 de diciembre, de Carta de Justicia y Solidaridad con los países Empobrecidos. B.O.E. nº 258, 26-10-2011, pág. 111576-111578. B.O.P.V. nº 6ZK, 09-01-2008, pág. 361-364.

español que le corresponde, a aplicar medidas de impulso del comercio justo y a no utilizar fondos públicos para la financiación de empresas armamentísticas.

18. LA RIOJA

La Rioja cuenta con la Ley 4/2002, de 1 de julio²²⁷, de Cooperación al Desarrollo. El objetivo de esta ley es establecer el régimen jurídico que regule las actuaciones de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de cooperación con otros países para propiciar su desarrollo integral, contribuir a la mejora de las condiciones de vida de sus habitantes y corregir las situaciones de pobreza, propiciando un desarrollo humano solidario y estable que incluya mayores cuotas de libertad y un reparto más justo de los frutos del crecimiento económico, a la vez que impulsa la sensibilización de la sociedad riojana hacia la cooperación. Al mismo tiempo, esta Ley pretende ser inspiración de las acciones de cooperación para el desarrollo, impulsadas por cualquier institución pública o privada de La Rioja.

Las políticas de cooperación para el desarrollo llevadas a cabo en la Comunidad Autónoma de La Rioja son expresión de una convicción asumida respecto de la responsabilidad de todos ante la situación de pobreza, violencia e injusticia en que vive una parte importante de la población mundial. Son, a su vez, el signo de una voluntad por contribuir de forma cada vez más sistemática y organizada al progreso y desarrollo humano de las poblaciones más necesitadas hacia unas condiciones de vida que favorezcan la dignidad de la persona.

La voluntad de esta Comunidad es la de potenciar al máximo un órgano regional de planificación de la cooperación con la paulatina incorporación al mismo de todos los Ayuntamientos, que han empezado a incluir en sus presupuestos una partida para la cooperación internacional.

²²⁷ Ley 4/2002, de 1 de julio, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 169, 16-07-2002, pág. 25829-25837. B.O.L.R. nº 81, 04-07-2002, pág. 3105-3127.

La cooperación para el desarrollo en La Rioja ha ido creciendo progresivamente en las aportaciones del Gobierno de La Rioja y en las realizadas por los distintos Ayuntamientos riojanos, siendo pionero el Ayuntamiento de Logroño en 1991. El movimiento asociativo cooperante muestra en la actualidad una vitalidad que se hace visible en su pluralidad de opciones, así como en las múltiples actividades de información y sensibilización.

La Rioja cuenta con Planes Directores de Cooperación para el Desarrollo desde el 2004, anteriormente con carácter cuatrienal y actualmente con carácter trianual.

19. VALENCIA

La sociedad civil de la Comunidad Valenciana, a través de sus ONGD y los demás agentes de la cooperación, ha estado siempre presente en la atención a la satisfacción de las necesidades básicas de las poblaciones que, a nivel mundial, más lo han necesitado. En los últimos años, el pueblo valenciano y las instituciones públicas que lo representan, han realizado acciones solidarias que han desembocado en una política en materia de cooperación al desarrollo propia de la Comunidad Valenciana, que se manifiesta a través del progresivo aumento de los recursos destinados a la cooperación internacional para el desarrollo.

La Ley 6/2007, de 9 de febrero²²⁸, de la Generalitat, de la Cooperación al Desarrollo de la Comunitat Valenciana surge como manifestación de la voluntad del pueblo valenciano y se encuentra en concordancia con los objetivos del Consell y con las disposiciones nacionales e internacionales.

²²⁸ Ley 6/2007, de 9 de febrero, de la Generalitat, de la Cooperación al Desarrollo de la Comunitat Valenciana. B.O.E. nº 71, 23-03-2007, pág. 12676-12686. D.O.C.V. nº 5450, 14-02-2007, pág. 7194-7209.

En la Comunidad Valenciana esta ley tiene como antecedentes el Decreto 201/1997, de 1 de julio²²⁹, del Gobierno Valenciano, sobre regulación de las bases para la cooperación internacional al desarrollo y del régimen específico de transferencias de fondos destinados a la cooperación con países en vías de desarrollo, y su objeto es establecer el régimen jurídico regulador de la cooperación internacional al desarrollo de La Generalitat y el resto de entidades dependientes de ella, en el marco de los objetivos y compromisos adoptados por la comunidad internacional y ratificados por España.

- Decreto 135/2010, de 10 de septiembre, del Consell, por el que se aprueban las bases para la concesión de ayudas en materia de cooperación internacional para el desarrollo.

La Comunidad Valenciana dispone de Planes Directores trianuales de la Cooperación Valenciana desde 2008 y Planes anuales desde 2004.

VI.2.1.3 MARCO INSTITUCIONAL

El marco institucional de la ayuda humanitaria en España considera a escala internacional el papel protagonista de la ONU y el coordinador de la OCAH. En el ámbito europeo, enfatiza el papel de la ECHO y reconoce el papel esencial de las ONG especializadas con presencia en nuestro país.

Según la Ley 23/1998, de 7 de julio²³¹, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, los órganos competentes en la formulación y ejecución de la política española de cooperación internacional para el desarrollo pueden dividirse en cuatro sectores:

²²⁹ Decreto 201/1997, de 1 de julio, del Gobierno Valenciano, sobre regulación de las bases para la cooperación internacional al desarrollo y del régimen específico de transferencias de fondos destinados a la cooperación con países en vías de desarrollo. D.O.G.V. nº 3036, 16-07-1997, pág. 11643-11657.

²³⁰ Decreto 135/2010, de 10 de septiembre, del Consell, por el que se aprueban las bases para la concesión de ayudas en materia de cooperación internacional para el desarrollo. D.O.C.V. nº 6356, 16-09-2010, pág. 35367-35391.

²³¹ *Loc. cit.* en nota (165).

- ÓRGANOS RECTORES

1. El *Congreso de los Diputados*, pues a las Cortes Generales les corresponde establecer cada 4 años las líneas generales y directrices básicas de la política española de cooperación internacional para el desarrollo. Se constituirá una Comisión Parlamentaria de Cooperación Internacional para el desarrollo en el Congreso que será informada por el Gobierno del nivel de ejecución y grado de cumplimiento de los programas, proyectos y acciones comprendidos en los planes directores y planes anuales.
2. El *Gobierno*. Definirá y dirigirá la política española de cooperación internacional para el desarrollo. Es el órgano que aprueba los planes directores y planes anuales.
3. El *Ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación*. A través de la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica de la Agencia española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, es responsable de la coordinación entre los participantes de la Cooperación Española y de la ejecución de una parte importante de los fondos de cooperación en materia humanitaria. Reorienta sus recursos hacia compromisos sectoriales y abre espacios de participación a las Comunidades Autónomas y entes locales en el diseño y ejecución de programas conjuntos, así como en los nuevos instrumentos de cooperación.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación es el responsable de la ejecución de la política exterior del Estado y responsable de la dirección de la política de cooperación internacional para el desarrollo y de la coordinación de los órganos de la Administración General del Estado que realicen actuaciones en esta materia.

4. Otros ministerios. Aquellos que realicen actividades en materias de cooperación internacional para el desarrollo serán responsables de la ejecución de los programas, proyectos y acciones dentro del ámbito de sus competencias.

4.1 *Ministerio de Economía y Competitividad*. Realiza aportaciones a fondos globales, gestiona las operaciones de deuda externa y coordina con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo su utilización. Tiene un papel importante en la adecuada utilización de los fondos e instrumentos de la cooperación bilateral y multilateral.

4.2 *Ministerio de Industria, Energía y Turismo*. Gestiona los créditos del fondo de ayuda al desarrollo en un marco de complementariedad y coordinación con el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Tiene un papel importante en la adecuada utilización de la ayuda ligada de la cooperación bilateral española.

4.3 *Ministerio de Empleo y Seguridad Social*. Planifica y gestiona fondos propios de la ayuda oficial al desarrollo, en su ámbito de competencias, en especial en la atención a población refugiada. Su coordinación con otros actores puede favorecer la complementariedad y eficacia de las acciones en el sector. Algunas de sus acciones son computadas como acción humanitaria.

4.4 *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Financia y coordina programas. Favorece la complementariedad y eficacia de las acciones en el sector.

4.5 *Ministerio del Interior. Dirección General de Protección Civil y Emergencias*. Participa en algunos casos en la respuesta ante desastres, particularmente en la fase de rescate y emergencia.

4.6 *Ministerio de Defensa.* Participa en operaciones humanitarias. Su capacidad para movilizar recursos, sus características inherentes y su alta disponibilidad le confieren un papel singular, cuando se requiere un despliegue inmediato de la acción humanitaria, principalmente en zonas donde la seguridad no esté garantizada.

5. La *Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI)*. La SECIPI es el órgano del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación que coordina la política de cooperación para el desarrollo, administra los recursos, asegura la participación española en las organizaciones internacionales de ayuda al desarrollo y define la posición de España en la formulación de la política comunitaria de desarrollo.

- COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTIDADES LOCALES

La acción que realicen dichas entidades en la cooperación para el desarrollo se basa en los principios de autonomía presupuestaria y autorresponsabilidad en su desarrollo y ejecución, debiendo respetar las líneas generales y directrices básicas establecidas por el Congreso de los Diputados.

Las Comunidades Autónomas tienen competencias propias en la acción humanitaria y en cooperación al desarrollo. Destinan una parte significativa de su ayuda oficial al desarrollo al sector humanitario.

Las entidades locales apoyan con fondos y en ocasiones con recursos humanos y materiales la respuesta ante desastres. Canalizan los fondos de la acción humanitaria principalmente a través de las ONG locales.

- ÓRGANOS CONSULTIVOS Y DE COORDINACIÓN

1. El *Consejo de Cooperación al Desarrollo*. Es el órgano consultivo de la Administración General del Estado y de participación en la definición de la política de cooperación internacional para el desarrollo. Además de la Administración, en el Consejo de Cooperación al Desarrollo participan agentes sociales, expertos, ONG especializadas y organismos de carácter privado. Su papel es de máxima importancia en la definición y aprobación de los planes, directrices y estrategias de la Cooperación Española. Ha sido suprimido en algunas Comunidades Autónomas (Ej.: Comunidad de Madrid en noviembre de 2013)
2. La *Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo*. Se trata de un órgano de coordinación, concertación y colaboración entre las Administraciones públicas territoriales que ejecuten gastos computables como ayuda oficial al desarrollo. (Real Decreto 22/2000, de 14 de enero²³², por el que se regula la composición, competencias, organización y funciones de la Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo.)
3. La *Comisión Interministerial de Cooperación Internacional*. Es un órgano consultivo de coordinación, concertación y colaboración técnica interdepartamental de la Administración General del Estado en materia de cooperación al desarrollo.

²³² Real Decreto 22/2000, de 14 de enero, por el que se regula la composición, competencias, organización y funciones de la Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 13, 15-01-2000, pág. 1852-1855.

- ÓRGANOS EJECUTIVOS

1. La *Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)*. Organismo autónomo adscrito al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

La Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), por el Real Decreto 1403/2007, de 26 de octubre²³³, reformó su estatuto y cambió su nombre por el de *Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)*. La AECID pasó a ser una entidad de Derecho Público adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a través de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI).

Esta agencia en la actualidad es responsable del diseño, la ejecución y la gestión de los proyectos y programas de cooperación para el desarrollo, ya sea directamente, con sus propios recursos, o mediante la colaboración con otras entidades nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales.

2. Las *Oficinas Técnicas de Cooperación*. Son unidades adscritas orgánicamente a las Embajadas que, bajo la dirección de su Jefe de Misión y la dependencia funcional de la AECID, aseguran la coordinación y la ejecución de los recursos de la cooperación en su demarcación.

²³³ Real Decreto 1403/2007, de 26 de octubre, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 283, 26-11-2007, pág. 48337-48351.

VI.2.1.4 MARCO DE INTERVENCIÓN

El marco de intervención del Reino de España en la cooperación humanitaria tiene como objetivo general contribuir a la mejora de la situación de las poblaciones afectadas por desastres y conflictos mediante el fortalecimiento del sistema español de respuesta y prevención de estas situaciones, así como su contribución y articulación con la respuesta humanitaria global²³⁴.

Las orientaciones principales para decidir la concentración geográfica en la que se centrará la Cooperación Española al Desarrollo son²³⁵:

- Focalizar a medio plazo la Cooperación Española en tres regiones prioritarias: Latinoamérica, Norte de África y Oriente Próximo y África Subsahariana, con especial atención a la región occidental.
- En el marco de estas prioridades regionales, identificar los Países de Asociación en los que la Cooperación Española permanecerá en los próximos años.

En cuanto a los criterios en virtud de los cuales se han determinado los países de asociación, en línea con la práctica de otros donantes, se basan en una combinación de indicadores relativos a la situación del país socio, junto con elementos vinculados al impacto potencial de la Cooperación Española.

Estos criterios son:

- El grado de Desarrollo Humano del país socio: Con este factor se pretende favorecer una ayuda orientada hacia países relativamente más necesitados, para lo cual se tienen en cuenta los siguientes criterios:

²³⁴ Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (2007) Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española para el Desarrollo. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.

²³⁵ Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Gobierno de España. (2013) Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016. Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

- El Índice de Desarrollo Humano (IDH), ajustado por la desigualdad, dando preferencia a países de IDH medio o bajo;
 - La Renta per Cápita, otorgando prioridad a países de renta media baja (PRMB), países de renta baja (PRB) y Estados Frágiles (EF);
 - Además, en algunos casos se debe tener especialmente presente el porcentaje de la población en situación de pobreza absoluta (con ingresos por debajo de 1,25 dólares al día).
- El Impacto potencial de la Cooperación Española en el país socio: Teniendo en cuenta:
 - Tamaño medio mínimo del programa país (especialmente a tener en cuenta en los países de renta baja): la cuestión a analizar es si la Cooperación Española actual supera un volumen mínimo que puede asegurar cierto impacto sostenido en el país. Dicho volumen varía según regiones y contextos nacionales.
 - Posición relativa de la Cooperación Española entre los donantes: se utiliza este criterio para aproximarnos al concepto de “ventaja comparativa”, con la idea de que, en general, si la Cooperación Española se encuentra entre los principales donantes, las probabilidades de que su actuación tenga incidencia serán mayores.
 - Capacidad de diálogo y existencia de relaciones de confianza logradas.
 - Otros factores a tener presente en la selección:
 - Su relevancia para programas regionales existentes o la oportunidad que podría darse para establecer un programa regional.
 - La salida de otros donantes. En algunos países, a pesar de no cumplir con los criterios establecidos, conviene mantenerse al menos durante algunos años, porque en esa situación la Cooperación Española puede tener una incidencia relevante y, por tanto, dar tiempo al país socio para adaptarse al nuevo contexto.
 - La existencia de una situación de conflicto en un país con el cual la Cooperación Española ha estado comprometida durante mucho tiempo puede justificar el mantenimiento de un programa país.

En la respuesta humanitaria, es esencial tener unas pautas de actuación que orienten y clarifiquen la toma de decisiones. Estas pautas permiten decidir con rapidez cuándo y dónde se interviene, dónde no, cuándo se debe dar por finalizada la actuación y qué sucede después.

Teniendo en cuenta todos estos criterios los resultados de la concentración geográfica de la Cooperación Española son:

1. En el medio plazo la Cooperación Española estará concentrada en un máximo de 23 Países de Asociación (PA):

- 12 en América Latina y el Caribe (Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana);
- 4 en el Norte de África y Oriente Próximo: Mauritania, Marruecos, Población Saharaui y Territorios Palestinos;
- 3 en África Subsahariana Occidental: Mali, Níger y Senegal;
- 3 en África Central, Oriental y Austral: Etiopía, Guinea Ecuatorial y Mozambique;
- 1 en Asia: Filipinas.

2. Al final de este periodo, la mayor parte de la AOD se concentrará en estos Países de Asociación.

3. La Cooperación Española se focalizará principalmente en países de renta media en América Latina y el Caribe y en el Norte de África y Oriente Próximo, y de renta baja en África Subsahariana.

4. En los próximos 4 años la Cooperación Española habrá cerrado o rediseñado 29 programas país tal y como existen actualmente:

- 8 en América Latina y Caribe: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela;
- 9 en África Subsahariana: Angola, Cabo Verde, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Namibia, RD Congo, Sudan y Sudan del Sur;
- 7 en Norte de África y Oriente Próximo: Argelia, Egipto, Irak, Jordania, Líbano, Siria y Túnez;
- 5 en Asia: Afganistán, Bangladesh, Camboya, Timor-Este y Vietnam.

5. En este último grupo de países, se cerrarán algunas Unidades de Cooperación en el Exterior (UCE: Oficinas Técnicas de Cooperación, Centros Culturales y Centros de Formación) de la AECID, y otras UCE serán rediseñadas, incorporando nuevas funciones.

A día de hoy, las prioridades geográficas de la cooperación Española responden a su objetivo general: contribuir a la erradicación de la pobreza y al desarrollo humano sostenible desde un enfoque de derechos. Recogen los compromisos internacionales asumidos por España y tienen como referencias fundamentales los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la agenda internacional de eficacia de la ayuda y las recomendaciones de la OCDE.



- **América Latina y Caribe:** Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana
- **Norte de África y Oriente Próximo:** Mauritania, Marruecos, Población Saharaui y Territorios Palestinos
- **África Subsahariana:** Mali, Níger, Senegal, Etiopía, Guinea Ecuatorial y Mozambique
- **Asia:** Filipinas

Figura 13. Prioridades geográficas de la cooperación española.

Fuente: Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016. Gobierno de España.
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

VI.2.1.5 MARCO INSTRUMENTAL

La política española de cooperación internacional para el desarrollo se establece a través de Planes Directores y Planes Anuales. El Plan Director, elemento básico en la planificación de la política española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, se formulará cuatrienalmente y contendrá las líneas generales y directrices básicas de la política española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, señalando los objetivos y prioridades, así como los recursos presupuestarios indicativos que orientarán la actuación de la cooperación española durante ese periodo, incorporando los documentos de estrategia relativos a cada sector de la cooperación, zona geográfica y países que sean objeto preferente de la cooperación. Los Planes anuales, desarrollarán con esa periodicidad los objetivos, prioridades y recursos establecidos en el Plan Director.

La política española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, sus programas, proyectos y acciones, se canaliza a través de diversos instrumentos y mecanismos.

Los mecanismos de la política española de Cooperación Internacional para el Desarrollo son²³⁶:

- La cooperación bilateral consiste en el conjunto de actividades de cooperación para el desarrollo realizadas por las Administraciones públicas directamente con el país receptor o bien las instrumentadas a través de organizaciones de desarrollo desprovistas de carácter oficial.

²³⁶ *Loc. cit.* en nota (165).

- La cooperación multilateral es la realizada a través de transacciones de cualquier tipo o las contribuciones realizadas a organizaciones internacionales cuyas actividades se dirijan total o parcialmente a la promoción del bienestar económico y social de las poblaciones de los países en vías de desarrollo.

El carácter multilateral de dichas organizaciones se determinará a través de la aplicación de los siguientes criterios:

1. Que se trate de una Agencia, institución u organización cuyos miembros son Gobiernos.
2. Que sea un fondo gestionado de forma autónoma por uno de los órganos multilaterales comprendidos en el apartado 1.

Los instrumentos a través de los cuales se canaliza la política española de cooperación internacional para el desarrollo son:

- *Cooperación técnica.*

Incluye cualquier modalidad de asistencia dirigida a la formación de recursos humanos del país receptor, mejorando sus niveles de instrucción, adiestramiento, cualificación y capacidades técnicas y productivas en los ámbitos institucional, administrativo, económico, sanitario, social, cultural, educativo, científico o tecnológico.

Esta cooperación se articula a través de programas y proyectos de refuerzo de formación y capacitación en todos los sectores y niveles, y mediante programas y proyectos de asesoramiento técnico con asistencia de expertos, agentes sociales, ONG, empresas españolas, aportación de estudios o transferencia de tecnologías.

- *Cooperación económica y financiera.*

La cooperación económica se expresa a través de aportaciones destinadas a proyectos de inversión para el aumento del capital físico de los países beneficiarios y a proyectos de ayuda a sectores económicos.

La cooperación financiera se manifiesta a través de contribuciones oficiales a organismos internacionales.

- *Ayuda humanitaria.*

La ayuda humanitaria consiste en el envío urgente , con carácter no discriminado, del material de socorro necesario, incluida la ayuda alimentaria de emergencia, para proteger vidas humanas y aliviar la situación de las poblaciones víctimas de catástrofe natural o causadas por el hombre o que padecen una situación de conflicto bélico. Esta ayuda la llevan a cabo las Administraciones públicas directamente o a través de ONG y Organismos internacionales.

Esta ayuda humanitaria podrá dar paso a actividades de rehabilitación, reconstrucción de infraestructuras, restablecimiento institucional o de reinserción de poblaciones afectadas.

Este instrumento incluye la aportación de productos alimenticios y de implementos e insumos agrícolas a países en desarrollo con problemas de insuficiencia alimentaria, con el fin de potenciar su autoabastecimiento y garantizar su seguridad alimentaria, como base de su proceso de desarrollo.

- *Educación para el desarrollo y sensibilización social.*

Son el conjunto de acciones que desarrollan las Administraciones públicas, directamente o en colaboración con las ONGD, para promover actividades que favorezcan una mejor percepción de la sociedad hacia los problemas que afectan a los países en desarrollo y que estimulen la solidaridad y cooperación activas con los mismos, por la vía de campañas de divulgación, servicios de información, programas formativos, apoyo a iniciativas a favor de un comercio justo y consumo responsable respecto de los productos procedentes de los países en desarrollo.

VI.2.1.6 INSTRUCCIONES DEL REINO DE ESPAÑA

La Agencia Estatal de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se basó en las Directrices sobre Donación de Medicamentos de la OMS para elaborar un documento que, bajo el título de *Instrucciones para las Exportaciones de Medicamentos en Concepto de Donaciones Humanitarias*²³⁷, pretendía facilitar e imponer un conjunto de criterios muy estrictos para la tramitación de las exportaciones de donaciones humanitarias de medicamentos con destino a terceros países.

Entre estos criterios, se establece la obligatoriedad de que todos los envíos de donaciones de medicamentos requieran la autorización previa de la AEMPS, que se tramitará por el Departamento de Inspección y Control de Medicamentos; y se especifique que los posibles envíos que se realicen, no podrán tener finalidad comercial.

Los trámites para la realización de estas donaciones siguen basándose en el cumplimiento de los criterios establecidos al respecto por la OMS.

²³⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2013) Instrucciones para las exportaciones de medicamentos en concepto de donaciones humanitarias. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

1. Requisitos para las donaciones

Los criterios básicos que deben reunir los medicamentos objeto de donación son:

- Serán medicamentos cuya comercialización esté autorizada en el país de origen (España o algún Estado Miembro de la UE) y, por tanto, su fabricación realizada bajo los estándares de calidad de las Normas de Correcta Fabricación de medicamentos de la UE.
- En ningún caso se aceptarán medicamentos que procedan de la devolución de pacientes.
- No tendrán la consideración de estupefacientes, psicótopos o hemoderivados.
- Serán medicamentos de estabilidad suficientemente conocida.
- El periodo de validez de los medicamentos que se donan será superior a un año.
- Corresponderán a principios activos o sus equivalentes de los grupos terapéuticos incorporados por la OMS en la Lista de Medicamentos Esenciales. (Véase Anexo II).
- Los envases primarios permitirán, en todo caso, la identificación clara del medicamento originario, su dosis, forma farmacéutica, número de lote y fecha de caducidad.
- No serán termolábiles o que precisen condiciones especiales de conservación y/o transporte.

- Todos los medicamentos deben estar etiquetados en un idioma que puedan comprender fácilmente los profesionales de la salud del país receptor.
- Los medicamentos serán necesarios en el país de destino.

Para cada envío que se realice, un farmacéutico será responsable de garantizar la calidad de los medicamentos incluidos y certificará la validez de los medicamentos preparados para el envío, declarándose responsable de la donación (Anexo III).

La evaluación, envasado y etiquetado de los medicamentos estará protocolizado para garantizar que en todo momento se han seguido las reglas y procedimientos necesarios para asegurar la validez y calidad de los medicamentos donados.

La documentación correspondiente a esta evaluación quedará archivada a disposición de las autoridades sanitarias competentes, a efectos de las comprobaciones oportunas.

2. Autorización de exportación

Cada uno de los envíos que se realicen requerirá la autorización previa de la AEMPS, que se tramitará por el Departamento de Inspección y Control de Medicamentos.

Ninguno de los envíos que se realice podrá tener en ningún caso finalidad comercial y no será preciso el abono de ninguna tasa.

Para la realización de una donación se requerirá una autorización que podrá presentarse:

- De forma telemática en la oficina virtual de la AEMPS a través de LABOFAR, la aplicación informática del Departamento de Inspección y Control de Medicamentos²³⁸.
- En papel mediante la presentación de documentos, a través del Registro General. (Anexo IV).

Tras la evaluación de la documentación presentada por el Departamento de Inspección y Control de Medicamentos, se emitirá la autorización correspondiente a la que acompañará una lista sellada de los medicamentos que se envían, incluidos en la autorización expedida.

Esta autorización servirá para fiscalización documental y liberación para la exportación.

Los Servicios de Inspección Farmacéutica en Aduana, de acuerdo con el artículo 5 de la Orden SPI/2136/2011, de 19 de julio²³⁹, por la que se fijan las modalidades de control sanitario en frontera por la inspección farmacéutica y se regula el Sistema Informático de Inspección Farmacéutica de Sanidad Exterior, en cualquier momento pueden someter los envíos de medicamentos a uno o varios de los controles contemplados en dicha Orden.

²³⁸ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. <https://labofar.aemps.es> Disponible en vers. html 10-05-2014.

²³⁹ Orden SPI/2136/2011, de 19 de julio, por la que se fijan las modalidades de control sanitario en frontera por la inspección farmacéutica y se regula el Sistema Informático de Inspección Farmacéutica de Sanidad Exterior. B.O.E. nº 181, 29-07-2011, pág. 85720-85761.

CAPÍTULO VII SOLIDARIDAD Y ASISTENCIA TERAPÉUTICA

*“C*uanto más eficaz es el tratamiento, mayor es la injusticia contra aquellos que no tienen acceso a la atención de salud”²⁴⁰ Paul Farmer

La pobreza, ya sea generada a raíz de una emergencia o del cruel desarrollo de un país, es una realidad lamentable, cuya presencia avergüenza a los que la observan y humilla a quienes la sufren. Desde antiguo es sabido que la pobreza determina fuertemente la condición de salud de las personas y la pobreza es la gran preocupación de los gobiernos. La inmensa mayoría de las organizaciones mundiales proponen como tarea erradicar la pobreza como un elemento central de la justicia y el desarrollo de la humanidad y una de las estrategias en desarrollo es la de dotar de medicamentos adecuados para combatir las enfermedades más dramáticas asociadas a la pobreza como el sida, la malaria y la tuberculosis. Para ello existen iniciativas intergubernamentales y filantrópicas.

En la actualidad 27 millones de personas viven en la esclavitud, más del doble que la cantidad máxima alcanzada durante la época de la trata de esclavos. Dada la magnitud de las violaciones de los derechos humanos no es de extrañar que el 90% de las personas no sean capaces de nombrar más de tres de sus treinta derechos. (Anexo V)

Al haber tantas personas que desconocen sus derechos más elementales, es difícil saber quién se asegura de promoverlos, protegerlos y convertirlos en realidad. Para responder a esta pregunta podemos inspirarnos en las personas que marcaron una diferencia y ayudaron a crear los derechos humanos que tenemos hoy en día. Estos humanitarios defendieron los derechos humanos porque se dieron cuenta de que sin estos la paz y el progreso no se podrían conseguir jamás.

²⁴⁰ Paul Edward Framer (Alabama (Estados Unidos) 1959 -) Experto en enfermedades infecciosas y antropólogo médico, conocido por tratar de llevar atención médica de calidad a algunos de los lugares más empobrecidos del mundo.

Cada uno de ellos mostró su visión cambiando el mundo de una forma significativa²⁴¹.

Martin Luther King, Jr., cuando defendía los derechos de las personas de color en los Estados Unidos en la década de 1960, declaró: “La injusticia en cualquier parte es una amenaza a la justicia en todas partes”²⁴².

El gran defensor de la resistencia pacífica a la opresión, Mahatma Gandhi, describió la no violencia como: “La mayor fuerza a disposición de la humanidad. Es más fuerte que la más poderosa arma de destrucción concebida por el ingenio del hombre”²⁴³.

Luchando ferozmente contra la persecución religiosa en la Francia del siglo XVIII, Voltaire escribió, “Yo no estoy de acuerdo con lo que dices, pero defenderé hasta la muerte tu derecho a decirlo”²⁴⁴.

Thomas Jefferson, fuente de inspiración y autor principal de la Declaración de Independencia Americana declaró que “El cuidado de la vida y la felicidad humanas y no su destrucción es el primer y único objetivo legítimo del buen gobierno”²⁴⁵.

Hay quienes, a través del pensamiento y la acción, han marcado una diferencia y cambiado nuestro mundo.

²⁴¹ Unidos por los derechos humanos. Defensores de los derechos humanos. www.humanrights.com/es/voices-for-human-rights/champions-human-rights.html Disponible en versión html 05-05-2014.

²⁴² Vid. Letter for Birmingham Jail. (1963) Carta escrita por Martin Luther King Jr. Alabama (Estados Unidos).

²⁴³ Vid. Galardón a una vida por los DDHH. (2012) <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/galardon-una-vida-los-dd-hh-articulo-373086> Disponible en versión html 05-05-2014.

²⁴⁴ www.literato.es/tu-derecho-a-voltaire/ Disponible en versión html 05-05-2014.

²⁴⁵ Defensores de los Derechos Humanos. jovenesxderechoshumanos.blogspot.com.es/2010/01/defensores-de-los-derechos-humanos.html Disponible en versión html 05-05-2014.

El desarrollo no sólo es, de por sí, un derecho humano sino que también el proceso que conduce al desarrollo ha de ser compatible con el respeto de los derechos humanos. La adopción de un enfoque de desarrollo basado en los derechos humanos como marco conceptual, es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo humano.

“El enfoque de desarrollo basado en los derechos humanos significa que las situaciones no se definen sólo en función de las necesidades humanas o de los requisitos del desarrollo, sino también en función de la obligación que tiene la sociedad en satisfacer los derechos inalienables del individuo. Ello habilita a los seres humanos para que exijan la justicia como derecho y no como limosna, y da a las comunidades una base moral para hacerse acreedoras de la asistencia internacional cuando la necesitan”²⁴⁶ Kofi Annan Ex secretario General de Naciones Unidas.

La OMS, junto a otras instituciones sanitarias, reconoce el derecho universal a la salud recogido en la Declaración de los Derechos Humanos y defiende su importancia como uno de los principales factores que interviene en el desarrollo de los pueblos.

En el plano internacional, el derecho a la salud, se proclamó por primera vez en la Constitución de la OMS, de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"²⁴⁷.

²⁴⁶ Organización de las Naciones Unidas. (1998) Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización. A/53/1 Cap. V Párrafo 174.

²⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948.

El derecho a la salud se reconoció a partir de entonces en numerosos tratados internacionales:

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos*²⁴⁸.

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*²⁴⁹.

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

²⁴⁸ *Loc. cit.* en nota (29).

²⁴⁹ *Loc. cit.* en nota (112).

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

- *Carta Social Europea*²⁵⁰.

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines:

1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidérmicas, endémicas y otras.

Artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen:

1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.
2. A velar por que las personas que se benefician de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.

²⁵⁰ Consejo de Europa. Estrasburgo (1961). Carta Social Europea. Turín (Italia).

3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.

4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

Artículo 19. Derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y a asistencia.

2. A adoptar, dentro de los límites de su jurisdicción, medidas apropiadas para facilitar la salida, el viaje y la acogida de estos trabajadores y sus familias, y a proporcionarles durante el viaje, dentro de los límites de su jurisdicción, los servicios sanitarios y médicos necesarios, así como unas buenas condiciones de higiene.

- *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*²⁵¹.

Artículo 35. Protección de la salud.

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

Artículo 31. Condiciones de trabajo justas y equitativas.

1. Todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad.

²⁵¹ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 18-12-2000 C364/1.

- *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*²⁵².

Artículo XI.

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

- *Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos*²⁵³.

Artículo 11.

Todo individuo tendrá derecho a reunirse libremente con otros. El ejercicio de este derecho estará sujeto solamente a las necesarias restricciones estipuladas por la ley, en especial las decretadas en interés de la seguridad nacional, la seguridad personal, la salud, la ética y los derechos y libertades de los otros.

Artículo 16.

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

- *Constitución Española*²⁵⁴.

Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

²⁵² Declaración Americana de los Derechos y Deberes de Hombre. (1948) Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá (Colombia).

²⁵³ Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos. (1981) Aprobada el 27 de julio de 1981 durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana. Nairobi (Kenya).

²⁵⁴ *Loc. cit.* en nota (158).

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Artículo 51.

1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.

A pesar de todo lo dispuesto en ámbitos internacionales, europeos o nacionales respecto al derecho a la salud, en la actualidad, este derecho no está garantizado para toda la población, para ello, sería necesario mejorar las condiciones a distintos niveles: falta de agua potable, malnutrición y desnutrición, infraestructuras sanitarias deficientes, inexistencia de viviendas dignas, insuficiente educación para la salud. Dentro de estos niveles, el medicamento es un elemento inseparable de la salud, por lo que no se puede desligar del proceso de constitución de políticas sanitarias adecuadas en países empobrecidos, ya que una vez que la enfermedad aparece, los medicamentos son la respuesta para restablecer la salud y son fundamentales para prevenir su aparición o propagación.

La falta de acceso a los medicamentos esenciales sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial. Aunque en los últimos 25 años el acceso a estos medicamentos ha progresado considerablemente, todavía hoy más de 2.000 millones de personas carecen de acceso regular a medicamentos esenciales capaces de salvar vidas. Como consecuencia de ello, más de 15 millones de personas cada año mueren a causa de enfermedades infecciosas para las que existe tratamiento, pero que no lo tienen a su alcance.

En la actualidad la falta de recursos económicos existente en nuestro país ha provocado que se vean disminuidos de manera alarmante los fondos dedicados a la ayuda humanitaria pública tan necesaria en momentos de crisis. En España, desde el año 2009, en que se dedicaban 465 millones de euros a la ayuda humanitaria, se ha ido produciendo un descenso progresivo hasta llegar a los apenas 20 millones de euros que se han dedicado en el año 2013²⁵⁵.

Este derrumbe se ha producido en un momento en que la ayuda humanitaria española había conseguido afianzarse como instrumento de la cooperación internacional, sin embargo, de esta manera estamos debilitando nuestros propios intereses; por una parte dejamos de cumplir compromisos ya adquiridos con víctimas de desastres o conflictos y también con nuestros socios; por otra, significa perder peso en el escenario internacional.

Además estos recortes en ayuda humanitaria son poco comprensibles sabiendo que en el entorno de España se ha mantenido esta partida pública en países que presentaban peor situación que nosotros como Italia o Grecia, partidas que han mantenido los fondos humanitarios por entender que son los más necesarios.

La ayuda humanitaria entendida como una forma de solidaridad o cooperación, generalmente va destinada a las poblaciones pobres, o a las que han sufrido una crisis humanitaria como la provocada por una catástrofe natural o un hecho traumático. Debe seguir los principios humanitarios de imparcialidad, neutralidad, humanidad e independencia operacional.

Los hechos traumáticos son negativos, extremos, inusuales, y se asocian a la amenaza vital de las personas, como por ejemplo las guerras, los disturbios civiles, las muertes y violencias, las violaciones y los daños masivos a propiedades.

²⁵⁵ BASTOS, J.A. (2013) Déficits Humanitarios de la Marca España. En *Huffington Post Internacional. Diario on line*. http://www.huffingtonpost.es/jose-antonio-bastos/deficits-humanitarios-de-_b_2684804.html Disponible en versión html 15-05-2014.

Una catástrofe implica un también un suceso negativo pero, a menudo, imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas importantes, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante. Esta destrucción, muchas veces, trae otras consecuencias que perduran en el tiempo. Cuando hablamos de catástrofes, hablamos de hechos como desastres naturales y de sucesos sociales producidos por causa humana, que incluyen desde accidentes tecnológicos hasta crisis sociopolíticas y guerras. Una definición ampliamente aceptada de desastre, es la propuesta por Fritz en el año 1961, que lo describe como: “cualquier hecho concentrado en el tiempo y en el espacio, en el que una sociedad o una parte relativamente autosuficiente de una sociedad, vive un peligro severo y pérdidas de sus miembros y pertenencias materiales, y en el que la estructura social se rompe y la realidad de todas o algunas de las funciones esenciales de la sociedad se ven impedida”²⁵⁶.

Los desastres afectan en mayor medida a los países subdesarrollados, pues los países desarrollados presentan un capacidad de reacción superior que normalmente permite el regreso a la normalidad de una manera rápida y empleando sus propios medios.

La estrategia que puede presentar la ayuda humanitaria puede constar de varios aspectos²⁵⁷:

- La responsabilidad de la asistencia a las víctimas sigue correspondiendo, en primer lugar, a las partes en conflicto. La cuestión del papel de la ayuda humanitaria exterior se plantea cuando las partes en conflicto no pueden o no quieren asumir sus responsabilidades.

²⁵⁶ MARTIN BERISTAIN, C. DONÀ, G. (1997) *Enfoque psicosocial de la Ayuda Humanitaria. Textos Básicos*. Bilbao. Universidad de Deusto. Instituto de Derechos Humanos.

²⁵⁷ Dr. PERRIN, P. (1998) Efectos de la ayuda humanitaria sobre la evolución de conflictos. En *Revista Internacional de la Cruz Roja. Edición on line*. <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdlpa.htm> Disponible en versión html 15-05-2014.

- La ayuda humanitaria trata de prevenir las dramáticas consecuencias que se ocasionan, interviniendo antes de que se agraven las condiciones de salud de las víctimas. Esta manera de proceder exige una intervención temprana, ya sea actuando directamente en favor de los afectados o previniendo el deterioro de los sistemas locales. Una intervención de este tipo permite a estos sistemas hacer frente a la situación y evita, por consiguiente, el deterioro de las condiciones de salud de las víctimas.
- La asistencia humanitaria procura liberar a las víctimas de la dependencia de la ayuda exterior. La mayor parte de las veces la asistencia humanitaria trata de dirigir actividades de reactivación económica que permitan a la población asistida autoabastecerse en la mayor brevedad posible y puede adoptar formas de intervención muy diversas:
 - Intervenciones limitadas y ocasionales;
 - Complejas intervenciones de reactivación económica de larga duración;
 - Acciones de socorro a las víctimas cuyas vidas corren un peligro inmediato;
 - Intervenciones que incluyen actividades inmediatas de socorro y de reconstrucción a medio plazo;
 - Operaciones preventivas.

Sin embargo, la ayuda humanitaria también puede tener efectos negativos en las víctimas y los sistemas locales:

- La asistencia puede contribuir a que las víctimas descansen en ella como una solución a largo plazo y, por ello, no traten de salir de la crisis empleando sus propias capacidades;

- Si la ayuda humanitaria está mal dirigida, puede perjudicar a las víctimas;
- La asistencia atrae a las víctimas, que tienen tendencia a concentrarse en los lugares de distribución. Esto produce campamentos superpoblados, con sus característicos problemas de salud y seguridad;
- La ayuda puede ocasionar importantes modificaciones en el modo de vida de las víctimas, como la orientación hacia una producción agrícola de rendimiento, puesto que los socorros satisfacen las necesidades alimentarias básicas. Pero cuando cesa la asistencia, las víctimas no disponen de recursos alimentarios;
- La asistencia puede dar lugar a que los responsables políticos nacionales transfieran los recursos que antes asignaban a los sistemas socioeconómicos, a servicios que consideran más urgentes;
- La ayuda humanitaria puede interpretarse como un apoyo a los sistemas políticos en el poder, cuando se presta directamente a los dirigentes que, en el mejor de los casos, la distribuyen en su nombre y, en el peor, la desvían en su propio provecho.

Cuando hablamos de salud y ayuda humanitaria hablamos de necesidad de medicamentos esenciales, la forma de hacer llegar estos medicamentos a los países que los necesiten es a través de las donaciones. Estas donaciones deberían realizarse siempre tras una comunicación del país receptor que especifique sus necesidades y requerimientos. Sin embargo, las formas de hacer llegar estos medicamentos a los países que los necesitan no son siempre las correctas, existen donaciones que suponen más riesgos que soluciones.

Los problemas originados a raíz de una donación inapropiada surgen por distintos factores, como son la creencia de que en los casos de emergencia aguda más vale tener cualquier tipo de medicamento que ninguno o la falta usual de comunicación entre donantes y receptores.

En situaciones de desastre y en zonas castigadas por la guerra los donativos de medicamentos inapropiados originan una sobrecarga de trabajo en los sectores de clasificación, almacenamiento y distribución, pudiendo desbordar la capacidad de los recursos humanos y de los limitados medios de transporte.

Algunos de los principales problemas surgidos de donativos farmacéuticos inapropiados son²⁵⁸:

- Los medicamentos donados no se corresponden ni con las necesidades de la situación de emergencia, ni con la morbilidad, ni con el nivel asistencial disponible.
- Muchos medicamentos donados se reciben sin clasificar y etiquetados en un idioma que no se comprende fácilmente. Algunos de ellos se designan con nombres comerciales no registrados en el país receptor y sin indicación de la denominación común internacional en la etiqueta.
- La calidad de los medicamentos no siempre se ajusta a las normas del país donante. Sucede que a veces los medicamentos llegan a los pacientes ya caducados y otros son muestras gratuitas o productos devueltos a las farmacias por enfermos o profesionales de la salud.
- A veces la institución donante ignora los procedimientos administrativos aplicados a nivel local en materia de recepción y distribución de servicios médicos.
- El valor declarado de los medicamentos donados puede ser elevado, en cuyo caso, las tasas de importación y los gastos generales de almacenamiento y distribución pueden ser injustificadamente altos y puede ser necesario reducir del presupuesto oficial de gastos farmacéuticos el valor “inflado” del donativo.

²⁵⁸ *Loc. cit.* en nota (99).

- Las cantidades donadas pueden ser erróneas, y a veces se pueden destruir algunas partidas, lo que puede ocasionar problemas de eliminación en el país receptor.

Estos problemas no solo aparecen en países subdesarrollados, a raíz de la crisis económica que vivimos desde hace varios años estos problemas aparecen también en países desarrollados.

En cuanto a quién lleva a cabo la ayuda humanitaria podemos decir que puede provenir de distintas fuentes:

- A. Organizaciones no gubernamentales (ONG)
- B. Organizaciones intergubernamentales y gubernamentales.

Muchas organizaciones por todo el mundo dedican sus esfuerzos para proteger los derechos humanos y acabar con sus abusos. Las principales organizaciones de derechos humanos disponen de páginas web extensas documentando violaciones de los derechos humanos y hacen una llamada para tomar medidas para remediar tales violaciones, tanto a nivel gubernamental como a nivel de la gente de la calle. El apoyo y la condena pública de los abusos es importante para su éxito, ya que cuando las organizaciones pro derechos humanos son más eficaces es cuando sus llamamientos en pos de la reforma van respaldados por un fuerte apoyo del público.

A. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Las organizaciones no gubernamentales, conocidas en español como ONG y surgidas en todo el mundo hacia el siglo XIX, recibieron este nombre por primera vez en 1945 del recién formado cuerpo internacional de las Naciones Unidas.

No tienen una definición fija o formal pero por lo general se habla de ellas como entidades sin ánimo de lucro, independientes y voluntarias, no ligadas al Estado ni a organismos intergubernamentales pero que sí reciben fondos del gobierno. La diferencia de estas ONG con las llamadas organizaciones sin fines de lucro es mínima, sin embargo, por norma general la etiqueta ONG se le da a organizaciones que operan a nivel internacional.

El objetivo principal de este tipo de organizaciones es el de impulsar la intervención social a través de proyectos de desarrollo gracias al trabajo de voluntarios que desempeñan su labor con carácter altruista. Las ONG trabajan para promover el cambio social o político tanto a gran escala como localmente desempeñando un papel crítico en la sociedad en desarrollo.

En estos últimos años hemos sido testigos de un incremento en importancia, número y diversidad de este tipo de organizaciones. El impacto político actual, sus iniciativas vanguardistas y su servicio humanitario han llegado a ser de vital importancia por su contribución en beneficio del bienestar integral de individuos y sociedades de todas partes del mundo. En muchos casos estas organizaciones han demostrado ser más expertas que los gobiernos a la hora de responder de manera adecuada ante necesidades concretas y poseer una notable capacidad a la hora de orientar sobre cuestiones relacionadas con los servicios y la paz mundial.

Es notoria la flexibilidad de las ONG y su forma de conectarse con las bases populares ayudándolas a movilizarse para generar rápidamente recursos en zonas especialmente afectadas. Sus frecuentes compromisos y fuertes motivaciones han generado un poder cívico que tal vez otras instituciones no tengan.

Las ONG tienen:

- La responsabilidad de ser transparentes, honestas, responsables y éticas, para dar una información fidedigna, no debiendo generar situaciones de manipulación para beneficio personal de sus dirigentes o integrantes.

- La vocación de ir más allá de los límites de raza, religión, etnias, cultura y política.
- La obligación de respetar a cada persona, fundamentalmente en lo referente a los derechos humanos.
- Que ser cuidadosas en todo lo que se refiera al dinero público, actuando con una gran seriedad que genere confianza pública y no deben hacer mal uso del dinero público para propósitos egoístas.
- La obligación de no permanecer alineadas a ningún gobierno particular o formar parte de la oposición, en pos de un beneficio exclusivamente personal o de corto alcance, y tampoco pueden llegar a ser controladas por ningún cuerpo gubernamental.

Resumiendo, tienen la responsabilidad de invertirse ellas mismas en favor del bienestar de otros y hacerlo de acuerdo al más elevado código de conducta ética.

Todas las ONG, aún incluso las más sinceras y desinteresadas, pueden beneficiarse de códigos de ética y conducta que les identifiquen sistemáticamente con prácticas y niveles éticos aceptables. La adopción de alguno o varios de éstos códigos de fortalecimiento interno no sólo suministra un adecuado contenido ético sino que también sirve como estatuto o declaración para los beneficiarios, donantes y público, mostrando que dicha organización se toma con seriedad el mantenimiento de estándares elevados, realizando cada año una memoria de sus actividades y cuentas económicas.

Estos códigos de conducta incluyen principios fundamentales, principios operativos y aquellas pautas o patrones que servirán de guía para las acciones y para la administración de las ONG.

Entre estos Códigos de Conducta se encuentran los siguientes, pudiendo cualquier ONG adoptarlos como suyos:

*1) Código de imágenes y mensajes a propósito del Tercer Mundo*²⁵⁹.

Fue aprobado por el Comité de Enlace de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo de la Unión Europea en abril de 1989. El Código fue redactado como una recomendación a las ONGD, que se pueden adherir al mismo para respetar sus formulaciones en todas aquellas actividades en las que se transmita una imagen del tercer mundo.

El Código es una guía con carácter de recomendación, que ha tenido un importante peso moral, aunque no obligatorio. El Código señala que la cooperación y solidaridad debe plasmarse también en los propios mensajes e imágenes que las ONGD utilizan para sensibilizar, educar y dar a conocer su trabajo. Por tanto, aspira a una información más próxima a la realidad, más completa, que permita una toma de conciencia del valor intrínseco de todas las civilizaciones, de los límites de nuestro propio sistema, así como de la necesidad de un desarrollo más universal, respetuoso de la justicia, la paz y el medio ambiente.

*2) Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y las ONG*²⁶⁰.

Este documento, conocido también como *Código de conducta para la ayuda humanitaria*, fue redactado por ocho importantes agencias humanitarias no gubernamentales, incluido el Comité Internacional de la Cruz Roja, habiendo sido firmado posteriormente por más de 150 ONG.

El Código, cuya adhesión es de carácter voluntario, no entra a especificar detalles operativos. Su gran aportación ha sido la de haber sintetizado y establecido por consenso unos principios y criterios comunes para las ONG implicadas en la acción humanitaria, superando sus diferencias ideológicas o

²⁵⁹ Coordinadora de ONG para el Desarrollo España. (1989) Código de Conducta sobre imágenes y mensajes a propósito del Tercer Mundo. Bruselas.

²⁶⁰ *Loc. cit.* en nota (136).

de forma de trabajo. Entre tales principios destacan la priorización de las necesidades básicas de las víctimas, la independencia de su actuación y la consideración de los beneficiarios de la ayuda como detentadores de derechos en lugar de objetos de mera caridad.

3) Código de Conducta de ONGD de la Unión Europea²⁶¹.

Se trata de un documento al que cada organización puede adscribirse voluntariamente, por lo que su valor es moral y no obligatorio. Constituye un marco de referencia o guía en el que se recogen diversos principios éticos y criterios de actuación que las ONGD firmantes se comprometen a seguir en sus actuaciones.

En la actualidad España cuenta con unas 3.000 ONG distribuidas en todo el territorio nacional, según datos de la Coordinadora de ONG de Cooperación para el Desarrollo (CONGDE) y la Plataforma de Acción Social. Un número que supera con creces las 41 asociaciones de este tipo que existían en 1946 y que da cuenta de la importancia que han adquirido a lo largo de los últimos años, tanto a nivel local como internacional.

Las ONG cuentan en su organización con asalariados y una gran mayoría de personas voluntarias. En total, son más de un millón de voluntarios y unos 200.000 asalariados los que constituyen la estructura de la principal herramienta para la defensa de las causas sociales.

De acuerdo con su fórmula jurídica, los tipos de ONG que se pueden constituir son²⁶²:

²⁶¹ Comité de Enlace ONGD-UE. (1997) Carta de las ONG. Principios básicos de las ONG de Desarrollo y Ayuda Humanitaria en la Unión Europea. Bruselas.

²⁶² BUADES MARTINEZ, E. (2011) Tipos de Entidades u ONG que se pueden constituir. Valencia. Caja Mediterráneo. Obra Social.

1. *Asociaciones*: Entidades formadas por un conjunto de asociados o socios para la persecución de un fin de forma estable, sin ánimo de lucro y con una gestión democrática.

Además, la asociación está normalmente dotada de persona jurídica, por lo que desde el momento de su fundación es una persona distinta de los propios socios, que tiene su propio patrimonio en un principio dotado por los socios, y del que puede disponer para perseguir los fines que se recogen en sus estatutos.

Las asociaciones pueden realizar, además de las actividades propias de sus fines, actividades que podrían ser consideradas como empresariales, siempre y cuando el beneficio de tales actividades sea aplicado al fin principal de la entidad sin ánimo de lucro.

2. *Fundaciones*: Tipo de persona jurídica que se caracteriza por ser una organización sin ánimo o fines de lucro.

Dotada con un patrimonio propio otorgado por sus fundadores, la fundación debe perseguir los fines que se contemplaron en su objeto social, si bien debe también cuidar de su patrimonio como medio para la consecución de los fines. Por ello, si bien la finalidad de la fundación debe ser sin ánimo de lucro, ello no impide que la persona jurídica se dedique al comercio y a actividades lucrativas que enriquezcan su patrimonio para un mejor cumplimiento del fin último.

3. *ONGD*: Organizaciones que trabajan principalmente en la Cooperación para el Desarrollo, la Solidaridad Internacional y la Acción Humanitaria.

Sus características son:

- Organizaciones estables que dispongan de un grado mínimo de estructura.

- No poseen ánimo de lucro y sus ingresos y/o beneficios revierten en el desarrollo de sus programas y proyectos.
- Trabajan activamente en el campo de la Cooperación al desarrollo y la Solidaridad Internacional.
- Tienen amplio respaldo y presencia social.
- Son independientes, eligen sus contrapartes y fijan libremente sus objetivos y estrategias de acción.
- Disponen de recursos humanos y económicos que proviene de la solidaridad, donaciones privadas, trabajo voluntario y semejantes.
- Aplican mecanismos transparentes y participativos en la elección de sus cargos, fomentando la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres así como la promoción de un voluntariado crítico y plural.
- Son transparentes en su política, en sus prácticas y en sus presupuestos y facilitar el control externo de sus actividades y recursos.
- Basan sus actividades y articulan sus objetivos en acuerdo a los principios de la Cooperación al Desarrollo, la Solidaridad Internacional y la Acción Humanitaria.

4. *Federación*: Es la unión de al menos tres asociaciones. Para constituir una federación será necesario reunir los mismos requisitos que para constituir una asociación, y para ello se precisa un mínimo de tres miembros, que en este caso serán las asociaciones.

5. *Confederación*: Es la alianza de varias federaciones.

Las ONG han jugado un papel primario al dirigir la atención de la comunidad internacional sobre temas de derechos humanos, ya que muchas veces, a escala mundial, los defensores de derechos humanos han sido los ciudadanos y no los representantes gubernamentales.

Algunos ejemplos de ONG que trabajan a favor del respeto de los derechos humanos son:

Amnistía Internacional²⁶³

Se trata de una ONG internacional, fundada en 1961 por Peter Benenson (Londres (Reino Unido) 1921-2005), abogado británico, que inspirado en el caso de unos estudiantes portugueses que habían sido encarcelados por brindar por la libertad en su país, decidió publicar el 28 de mayo de 1961 el artículo "*Los presos olvidados*" en el diario *The Observer*. En él instaba a personas de todo el mundo a actuar para conseguir la excarcelación de seis reclusos a los que denominó "presos de conciencia": personas encarceladas por sus convicciones políticas, religiosas u otros motivos de conciencia, que no han recurrido a la violencia ni propugnado su uso.

Para su sorpresa, más de un millar de lectores participaron en esta acción. Quizá sin darse cuenta, Benenson había dado forma a un tipo de activismo que daría excelentes resultados en la lucha contra la injusticia, la acción de muchas personas anónimas a favor de otras personas víctimas de violaciones de los derechos humanos.

Lo que empezó siendo una campaña puntual se transformó en un movimiento internacional por la defensa de los derechos humanos de carácter permanente. Al cabo de un año, la nueva organización ya había enviado delegaciones a cuatro países para elevar protestas en favor de varios presos de conciencia y estaba trabajando en otros 210 casos de personas encarceladas injustamente.

A medida que Amnistía Internacional fue creciendo como movimiento de personas que trabajan por personas, su foco de atención se fue ampliando a víctimas de otros abusos de los derechos humanos, como la tortura, las desapariciones forzadas y la pena de muerte.

²⁶³ Amnistía Internacional. www.amnesty.org

En 1977 la labor de Amnistía Internacional fue recompensada con el premio Nobel de la Paz, y un año más tarde la organización fue galardonada con el Premio de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

En 1978 un grupo de activistas fundó la Sección española de Amnistía Internacional. Su primer presidente fue Manuel Casanoves.

El objetivo principal de la ONG es la lucha para que todas las personas disfruten de los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Actualmente cuenta con más de 2.2 millones de miembros y suscriptores en más de 150 países, ellos dirigen investigaciones y generan acciones para prevenir y terminar con los graves abusos de los derechos humanos y exigir justicia para aquellos cuyos derechos han sido violados.

Human Rights Action Center²⁶⁴

El Centro de Acción en Derechos Humanos es una organización sin fines de lucro establecida en Washington, D.C., dirigida por Jack Healy (1938 -), un activista y pionero de los derechos humanos reconocido mundialmente. El centro trabaja en asuntos relacionados con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y usa las artes y tecnologías para innovar, crear y desarrollar nuevas estrategias para parar los abusos de los derechos humanos. Ellos también apoyan grupos de derechos humanos que están en crecimiento en todas partes del mundo.

²⁶⁴ Human Rights Action Center. www.humanrightSACTIONcenter.org

Human Rights Watch²⁶⁵

Human Rights Watch (Vigilante de los Derechos Humanos) es una de las principales organizaciones internacionales independientes dedicadas a la defensa y la protección de los derechos humanos. Al concentrar la atención mundial en los lugares donde se violan los derechos humanos, dan voz a los oprimidos y exigen cuentas a los opresores por sus crímenes. Sus investigaciones rigurosas y objetivas, y su incidencia política estratégica y focalizada, generan una intensa presión para la acción y aumentan el precio que hay que pagar por abusos a los derechos humanos.

Human Rights Watch lleva 30 años trabajando tenazmente por sentar las bases jurídicas y morales para un cambio profundamente arraigado, y luchando para que las personas de todo el mundo disfruten de mayor justicia y seguridad.

Human Rights Without Frontiers²⁶⁶

Human Rights Without Frontiers (Derechos Humanos Sin Fronteras) se centra en dirigir, investigar y analizar situaciones en el ámbito de los derechos humanos, al igual que promover la democracia y el cumplimiento de la ley a nivel nacional e internacional.

A todas estas ONG principales que defienden los derechos humanos podemos sumar aquellas que se encargan directamente del derecho a la salud:

²⁶⁵ Human Rights Watch. www.hrw.org

²⁶⁶ Human Rights Without Frontiers. www.hrwf.net

Farmacéuticos Sin Fronteras²⁶⁷

Farmacéuticos Sin Fronteras es una ONGD bajo la forma Jurídica de Asociación, cuya misión es prestar asistencia farmacéutica a todas aquellas poblaciones que sufren las consecuencias de la pobreza en su propia salud.

Esta ONGD nació en el año 1990, por iniciativa de un grupo de Farmacéuticos que conmovidos por la situación sanitaria generada por una epidemia de cólera en el Cono Sur de Perú, se asociaron para poder paliar, dentro de sus posibilidades, la pobreza generada por la falta de salud. En el año 1991, la ONGD se inscribió en el Ministerio del Interior y en 1999 logró entrar en la AECID.

Son una entidad de referencia dentro del sector farmacéutico en el campo de la Cooperación al Desarrollo y la Gestión de donaciones de Medicamentos en los Países del Sur, y en España, en el campo de la Acción Social, y la Formación de Farmacéuticos para el Desarrollo.

Farmacéuticos Mundi (Farmamundi)²⁶⁸

Aunque comenzó a trabajar en 1991 como asociación solidaria, Farmamundi se no se constituyó formalmente como ONG hasta el 2 de julio de 1993 en Valencia. Se trata de una ONG de cooperación al desarrollo, acción humanitaria y de emergencia, movida por el espíritu de trabajar para asegurar que la salud sea un derecho fundamental. Desde sus inicios trabaja para ayudar a poblaciones y personas que, viviendo en condiciones de precarias, necesitan de medicamentos y demás material sanitario para su supervivencia.

²⁶⁷ Farmacéuticos Sin Fronteras. www.farmaceticossinfronteras.org

²⁶⁸ Farmacéuticos Mundi. www.farmaceticosmundi.org

Su misión principal es contribuir a asegurar el derecho universal a la salud mediante actuaciones humanitarias y de cooperación al desarrollo para apoyar a poblaciones vulnerables de países empobrecidos, especialmente en el ámbito farmacéutico, así como campañas de educación y sensibilización en nuestro entorno social.

Trabajan para facilitar el acceso a medicamentos esenciales; organizar profesionalmente la gestión y distribución de medicamentos, material y equipo sanitario, así como, las donaciones con objeto de atender las necesidades identificadas en cada situación; contribuir a la protección y respeto al medio ambiente, en especial el estudio y control de la repercusión e influencia del medicamento sobre el mismo; apoyar mediante información, capacitación, prevención y educación para la salud en temas relacionados la sostenibilidad de sus proyectos.

Farmacéuticos en Acción²⁶⁹

Es una ONG para la ayuda al desarrollo sanitario y social de poblaciones con carencias básicas o situaciones de emergencia. Nació el 6 de julio de 2000 y se encuentra registrada en el Registro Nacional de Asociaciones.

Esta ONG surge por la motivación de un grupo de profesionales del mundo farmacéutico y de otras profesiones para prestar ayuda solidaria a sectores de la sociedad más desfavorecidos, por la preocupación de una educación sanitaria adecuada, colaborando con organizaciones locales en países menos avanzados, dedicando su tiempo y esfuerzo a estas causas.

²⁶⁹ Farmacéuticos en Acción. www.farmaccion.es

Uno de sus objetivos más importantes es hacer partícipe del desarrollo de los proyectos a la población a la cual irá destinado, también intentan mejorar la situación sanitaria de la población desprotegida, mediante la aportación de la experiencia solidaria, el conocimiento farmacéutico y los recursos materiales y humanos necesarios para ayudar en las situaciones de emergencia y precariedad y, potenciar los conocimientos sanitarios de la población necesitada, tanto en el campo de la educación sanitaria como en la formación sanitaria como en la formación de promotores de salud.

B. ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES Y GUBERNAMENTALES

Son aquellas organizaciones de naturaleza pública cuyos miembros son estados soberanos u otras organizaciones intergubernamentales.

Son organizaciones sujetas al derecho público internacional o nacional, con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, formadas por acuerdos de distintos estados para tratar aspectos que les son comunes.

Dentro de su seno y a través de procedimientos de complejidad variable, buscan elaborar una voluntad jurídica distinta a la de sus Estados miembros, destinada a realizar las competencias que les han sido atribuidas. Esta voluntad puede manifestarse a través de actos unilaterales o por medio de la concertación de tratados con otros sujetos de derecho internacional.

Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁷⁰

La OMS ha contribuido sustancialmente a controlar la transmisión de enfermedades contagiosas, a la práctica extinción de la viruela, y a la notable

²⁷⁰ Organización Mundial de la Salud. www.who.int/es

reducción de la malaria; además, ha actuado activamente en la promoción de la educación en materia de salud y los servicios de salubridad pública en los países menos desarrollados.

Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)²⁷¹

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos representa el compromiso del mundo frente a los ideales universales de la dignidad humana.

El Alto Comisionado para los Derechos Humanos es el principal funcionario de derechos humanos de las Naciones Unidas y dirige los esfuerzos de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos.

La ACNUDH apoya la labor de los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, tales como el Consejo de Derechos Humanos y los principales órganos creados en virtud de tratados establecidos para supervisar que los Estados Partes cumplan con los tratados internacionales de derechos humanos; promueven el derecho al desarrollo; coordinan las actividades de las Naciones Unidas relacionadas con la educación en materia de derechos humanos y la información pública; y refuerzan los derechos humanos en todo el sistema de las Naciones Unidas. Intentan garantizar el cumplimiento de las normas de derechos humanos universalmente reconocidas mediante la promoción tanto de la ratificación y aplicación universal de los principales tratados de derechos humanos, como del respeto por el estado de derecho.

²⁷¹ Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <http://www.ohchr.org/sp/Pages/WelcomePage.aspx>

La misión de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos es trabajar para la protección de los derechos humanos de todas las personas; ayudar a fortalecer a la gente para que tomen conciencia de sus derechos; y ayudar a aquellos responsables de defender esos derechos al asegurarse que estos sean implementados, por ejemplo, puesto que son los gobiernos los que tienen la responsabilidad primordial de proteger los derechos humanos, la OACDH presta asistencia a los gobiernos a través, por ejemplo, del aporte de conocimientos especializados y capacitación técnica en las esferas de la administración de justicia, la reforma legislativa y el proceso electoral, para facilitar la aplicación de las normas internacionales de derechos humanos en el terreno. Apoyan también a otras entidades encargadas de proteger los derechos humanos para que puedan cumplir con sus obligaciones, y a particulares para que puedan ejercer sus derechos.

Organización de las Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos²⁷²

Fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de marzo de 2006, con el objetivo principal de considerar las situaciones de violaciones de los derechos humanos y hacer recomendaciones al respecto.

Siendo un organismo intergubernamental con miembros que abarcan cuarenta y siete estados, el Consejo de Derechos Humanos tiene la tarea de promover y proteger los derechos humanos internacionalmente. El mecanismo para lograr este fin incluye un Examen Periódico Universal para determinar la situación en todos los 192 estados miembros de las Naciones Unidas, un Comité Asesor experto en los problemas relacionados con los derechos humanos y un Procedimiento de Reclamaciones para que individuos y organizaciones lleven violaciones de derechos humanos a la atención del Consejo.

²⁷² Organización de las Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/HRC/Pages/HRCIndex.aspx>

En España no solo participan en estas acciones las ONG o los gobiernos, a nivel de pequeñas empresas para la promoción del derecho a la salud, intervienen también los farmacéuticos, almacenes de distribución, industrias farmacéuticas y corporaciones farmacéuticas. Todas ellas han incorporado en los últimos años a sus actividades políticas de responsabilidad social corporativa (RSC), con un componente ético, mediante las cuales se potencian, entre otras, las acciones sociales.

Tanto la Organización Farmacéutica Colegial como las oficinas farmacias y los farmacéuticos de manera individual, contribuyen, más allá de sus obligaciones profesionales, a la mejora de la salud de los ciudadanos con diferentes acciones y servicios, aportando un importante valor añadido a la sociedad.

En la industria farmacéutica, la RSC, es esencialmente, un concepto con arreglo al cual las empresas deciden voluntariamente contribuir al logro de una sociedad mejor.

Los ciudadanos ostentamos la responsabilidad individual de cuidar nuestro entorno, tanto en el aspecto medioambiental como desde el respeto de las más básicas normas éticas y sociales. Sin perjuicio de ello, desde las entidades e instituciones no solo tienen esa misma responsabilidad, sino que además tienen una inmensa capacidad de influencia para sentar las bases que guíen las prácticas sociales y empresariales del mañana.

La RSC ya no es una moda, desde sus inicios, hace ya algunos años, hasta su momento actual, la sociedad ha pasado de la incredulidad a la convicción. Las entidades ya no solo hablan de RSC, sino que destinan importantes recursos humanos y financieros a su compromiso con el entorno en el que operan. La RSC se ha convertido, por lo tanto, en parte indiscutible del ADN de las empresas, en un pilar fundamental de su cultura empresarial.

La RSC implica mucho más que simples gestos caritativos, pues pone en juego uno de los activos más preciados de las compañías: su reputación.

Antes de que las empresas pusieran en práctica la RSC algunos de los casos de prácticas sociales inapropiadas de empresas y gobiernos tuvieron repercusiones mediáticas y sociales sin precedentes, algunos ejemplos son:

Guinea-Bissau, 1983²⁷³

En septiembre de 1983 se enviaron ocho toneladas de medicamentos donados, todos ellos recogidos en farmacias en cantidades comprendidas entre 1 y 100 tabletas. El donativo comprendía 22123 envases de 1714 medicamentos diferentes que eran difíciles de administrar y perturbaban considerablemente los esfuerzos desplegados por el Gobierno para racionalizar el suministro y el empleo de medicamentos.

Armenia, 1988²⁷⁴

A raíz del terremoto, se enviaron 5000 toneladas de medicamentos y suministros médicos por un importe de 55 millones de dólares. Esta cantidad era muy superior a las necesidades. Un equipo de 50 personas tardó seis meses en hacer un inventario preciso de los medicamentos recibidos. El 8% de éstos había caducado en el momento de la llegada y el 4% estaba deteriorado por las heladas. Del 88% restante, solamente el 30% resultó fácil de identificar y solamente el 42% resultaba indicado en una situación de emergencia. En las etiquetas de la mayor parte de los medicamentos sólo figuraba el nombre comercial.

^{273, 274} *Loc. cit.* en nota (99).

Eritrea, 1989²⁷⁵

Durante la guerra de independencia, y pese a la cuidadosa redacción de las solicitudes, se recibieron numerosos donativos inapropiados, como por ejemplo, siete camiones cargados de tabletas de aspirina caducadas a cuya incineración hubo que dedicar seis meses; un contenedor completamente lleno de medicamentos de acción cardiovascular que no habían sido solicitados y cuyo plazo de conservación caducaba a los dos meses y 30.000 botellas de medio litro de una infusión de aminoácidos caducada que no hubo forma de evacuar en los alrededores de un asentamiento a causa del olor.

Sudán, 1990²⁷⁶

Las zonas devastadas por la guerra en el sur del Sudán fueron el punto de destino de una voluminosa partida de medicamentos. Cada caja contenía una colección de pequeñas bolsas de medicamentos, algunas de las cuales estaban ya usadas. Todas ellas llevaban etiquetas en francés, idioma que no se habla en el Sudán. La mayor parte de los medicamentos eran inapropiados e incluso algunos podían ser peligrosos. Entre ellos se encontraban soluciones para lentes de contacto, estimulantes del apetito, soluciones para rayos X, fármacos hipolipemiantes y antibióticos caducados. De un total de 50 cajas sólo 12 contenían medicamentos de cierta utilidad.

Francia, 1991²⁷⁷

La organización Pharmaciens sans Frontières recogió cuatro millones de kilogramos de medicamentos no utilizados en 4000 farmacias de Francia que fueron clasificados posteriormente en 88 centros de ese país. Solamente el 20% fueron considerados útiles para los programas de ayuda internacional, y el 80% fue incinerado.

^{275, 276, 277} *Loc. cit.* en nota (99).

Federación de Rusia, 1992²⁷⁸

La producción farmacéutica rusa ha disminuido muy por debajo del nivel alcanzado en 1990, por lo que las autoridades acogen de buen grado los donativos de medicamentos. Sin embargo, el entusiasmo inicial se ha desvanecido al conocerse la naturaleza de algunos de esos donativos. Entre los ejemplos de artículos donados se encuentran, 189.000 frascos de jarabe contra la tos a base de dextrometorfano; pentoxifilina y clonidina como únicos fármacos antihipertensivos; triantereno y espironolactona como diuréticos y enzimas pancreáticas y preparaciones de bismuto como únicos fármacos de acción gastrointestinal.

Lituania, 1993²⁷⁹

En Lituania, once mujeres sufrieron pérdidas de visión transitorias a raíz de la administración de un medicamento donado. Este medicamento, llamado closantel, era un antihelmíntico de uso veterinario que se tomó erróneamente por un producto contra la endometritis. El fármaco se recibió sin información complementaria ni prospecto en los envases y los médicos habían tratado de identificarlo comparando su nombre con los que figuraban en los prospectos de otros productos.

Ex Yugoslavia, 1994 y 1995²⁸⁰

De todos los medicamentos donados en 1994 a la oficina de campo establecida por la OMS en Zagreb, el 15% era totalmente inapropiado para el uso y el 30% era innecesario. A finales de 1995 había en un almacén de Mostar 340 toneladas de medicamentos caducados, la mayor parte de los cuales habían sido donados por diferentes países europeos.

^{278, 279, 280} *Loc. cit.* en nota (99).

Ruanda, 1994²⁸¹

Se donaron grandes cantidades de un antibiótico a campos de refugiados en Ruanda. La donación se efectuó a granel por conducto de instituciones benéficas. El personal local que se ocupaba de los refugiados no estaba acostumbrado a utilizar el fármaco; la mayor parte del donativo fue retirado; el resto creó problemas de eliminación.

Bosnia y Herzegovina, 1992-1996²⁸²

Entre 1992 y mediados de 1996 se recibieron unas 17.000 toneladas de donativos inapropiados; el costo estimado de su eliminación fue de 34 millones de dólares.

Centroamérica, 1998²⁸³

Llegaron medicamentos con etiquetas ilegibles y con nombre de marcas comerciales no identificables con su nombre genérico, que no pudieron utilizarse, a pesar de la urgencia planteada por los efectos del huracán Mitch.

Albania, 1999²⁸⁴

Una auditoría de los donativos humanitarios de medicamentos recibidos en Albania en mayo de 1999 reveló graves problemas de calidad. Se estimó que el 50% de los medicamentos que llegaron a Albania durante la crisis de los refugiados del Kosovo eran inapropiados o inútiles y fue necesario eliminarlos. El

^{281, 282, 284} *Loc. cit.* en nota (99).

²⁸³ Farmacéuticos Mundi, Cruz Roja y Medicus Mundi Cataluña. (2005) Medicamentos que no curan. Valencia.

65% de los medicamentos tenían una fecha de caducidad inadecuada o inexistente o con un plazo inferior a un año a partir de la fecha de la donación y el 32% estaban identificados exclusivamente con sus nombres comerciales, desconocidos para los profesionales de la salud albaneses. Ninguno de los donativos de escasa durabilidad había sido solicitado y, según los socorristas, era imposible distribuirlos y utilizarlos antes de finalizar el año.

Mozambique, 2000²⁸⁵

Se estimó que el 69% de las donaciones recibidas con motivo de las inundaciones fueron inadecuadas. Del 31% de los medicamentos supuestamente adecuados, menos de la mitad estaban incluidos en la lista de los 33 medicamentos solicitados por las autoridades de Mozambique.

El Salvador, 2001²⁸⁶

Aproximadamente el 37% de las 882 toneladas de medicamentos recibidos en concepto de donación resultaron inadecuados, a pesar de la existencia de un listado de necesidades establecido por el Gobierno salvadoreño. Parte de las donaciones recibidas procedían de donaciones realizadas en los países afectados por el huracán Mitch en el año 1998.

Argentina 2002²⁸⁷

Se recibió "basura hospitalaria" como donaciones. Una docena de generosas donaciones que llegaron desde el Primer Mundo para paliar la emergencia sanitaria fueron devueltas por incluir "basura hospitalaria". La mayoría provenía de los Estados Unidos, pero también de España y Francia. Medicamentos y

^{285, 286, 287} *Loc. cit.* en nota (283).

alimentos caducados y prótesis dentales y bisturíes usados, eran algunos de los productos solidariamente enviados al país. El caso más emblemático es el de un container que llegó desde los Estados Unidos con piezas usadas de un centro odontológico. La ayuda humanitaria desembarcó en el país en noviembre de 2000 y derivó en una causa judicial, ya que la entidad a la que iba dirigida dejó de existir.

Las repatriaciones de las donaciones se realizaron en el marco de la ley 24.051, de 17 de diciembre²⁸⁸, de Residuos Peligrosos que prohíbe la importación de basura hospitalaria. En 2002, la Aduana devolvió una decena de containers por no estar en condiciones de ingresar en el país.

Sudeste Asiático 2004²⁸⁹

El 60% de los medicamentos recibidos no estaban en la lista de medicamentos esenciales del país. El 25% llegaron con fecha de caducidad inadecuada.

VII.1 LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

Los medicamentos esenciales, según la OMS, son aquellos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costoeficacia comparativa.

Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad.

²⁸⁸ Ley 24.051, de 17 de diciembre, de Residuos Peligrosos. Boletín oficial de la República Argentina, Año C, 17-01-1992, pág. 1-4.

²⁸⁹ Farmacéuticos Mundi, Cruz Roja y Medicus Mundi Cataluña. (2006) Medicamentos que no curan II. Sevilla.

Actualmente, la disponibilidad de estos medicamentos se ve comprometida tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

La ONG Banco Farmacéutico²⁹⁰ es una asociación sin ánimo de lucro, conocida como la ONG de la farmacia, que nace para dar respuesta a la necesidad de medicamentos de las personas más desfavorecidas de nuestra sociedad.

La existencia de una ONG como ésta demuestra que no hace falta trasladarse a países subdesarrollados para encontrar necesidad de medicamentos de este tipo.

Banco Farmacéutico tiene su origen en Italia, donde la iniciativa desarrolló sus primeros años de actividad, pero fue a partir del año 2007 cuando se trasladó a España para constituirse como asociación a nivel nacional.

La organización presenta sensibilidad hacia el mundo social y conocimiento del sector farmacéutico y, de modo voluntario, dedica parte de su tiempo y profesionalidad a hacer frente a la creciente problemática social del llamado Cuarto Mundo, personas de nuestra sociedad que no tienen recursos económicos para comprar los medicamentos que necesitan.

La misión del Banco Farmacéutico es proporcionar medicamentos a las personas sin recursos en situación de exclusión social y pobreza de nuestro país, con la finalidad de promover una sociedad basada en la gratuidad.

Actualmente la asociación ayuda a unas 30.000 personas carentes de recursos económicos y en situación de exclusión social (sin techo, marginados, inmigrantes, mujeres, infancia, drogodependientes, VIH...), atendidas en entidades asistenciales de nuestro país, que se ocupan de asistirlos en sus necesidades más urgentes.

Se basan en los principios corporativos de:

²⁹⁰ ONG Banco Farmacéutico. www.bancofarmaceutico.es.

- De persona a persona. La actividad solidaria va dirigida a las personas a través de las personas para que compartiendo las necesidades se comparta el sentido de la vida. De esta experiencia participan tanto las personas que reciben la ayuda como los voluntarios que entregan su tiempo libre, los farmacéuticos que aportan su profesionalidad o los ciudadanos que compran algún medicamento para las personas más vulnerables de nuestra sociedad.
- Educación en la gratuidad. La actividad solidaria contribuye a transmitir el concepto de gratuidad como un elemento necesario para una sociedad más justa.

La asociación Banco Farmacéutico organiza una vez al año una Jornada de Recogida de Medicamentos con el lema “Dona un medicamento a quien lo necesita” para cubrir la necesidad de medicamentos de las personas más vulnerables de nuestra sociedad que son atendidas en entidades asistenciales.

La Jornada de Recogida de Medicamentos tiene lugar en las oficinas de farmacia voluntariamente inscritas. Los farmacéuticos cuentan con la ayuda de los voluntarios del Banco Farmacéutico que están el día de la Jornada en la farmacia informando de la iniciativa a los ciudadanos.

El farmacéutico participa sin fines lucrativos a través del donativo que libremente hace al Banco Farmacéutico una vez finalizada la Jornada. Este gesto solidario del farmacéutico transmite a la sociedad un ejemplo de responsabilidad y sensibilización con los problemas sociales.

La importancia de la participación del farmacéutico no es solo por la cantidad de medicamentos que se recogen sino también por la sensibilización a la sociedad de la presencia de bolsas de pobreza y exclusión social en nuestras ciudades.

En la Jornada anterior los ciudadanos compraron más de 16.000 medicamentos para los más necesitados de nuestra sociedad con un valor comercial de unos 60.000 euros.

Este proyecto puede llevarse a cabo gracias al trabajo que, durante todo el año, muchas personas ofrecen voluntariamente.

Últimos datos:

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Farmacias	15	60	56	125	223	308
Nº Voluntarios	38	133	110	200	400	519
Nº medicamentos recogidos	828	2.576	2.400	5.000	10.000	16.658
Valor medicamentos recogidos	2.500 €	7.500 €	8.000 €	16.000 €	33.500 €	60.283 €
Nº personas atendidas	3.000	5.000	12.000	14.000	15.000	30.000
Nº entidades asistenciales	8	15	34	40	50	80

Tabla 7. Últimos datos sobre la evolución de la ONG Banco Farmacéutico.

Fuente: ONG Banco Farmacéutico.

VII.2 LA DONACIÓN EN CONFLICTOS BÉLICOS

Al igual que las tempestades, los conflictos armados no estallan bajo un cielo sereno. Son anunciados por numerosos indicios que, por su acumulación e interrelación, generan la explosión. Los principales factores causantes de las guerras son la mala distribución de los recursos, lo que conduce al subdesarrollo, la miseria, la sobrepoblación, la injusticia y la ausencia de democracia, a los cuales podemos agregar la exclusión y el desempleo en las sociedades demasiado competitivas. El bajo índice de educación, la intolerancia religiosa y el tribalismo constituyen riesgos suplementarios. En función de la importancia de estos criterios de riesgo, se puede en la práctica seguir la "crónica de una guerra anunciada", pero a menudo ya es demasiado tarde para intervenir²⁹¹.

²⁹¹ Las crisis de Kosovo y de Argelia son ejemplos típicos de situaciones en las que concurren durante muchos años todos los elementos de un conflicto armado, antes de que estalle la violencia.

Durante los últimos decenios se han presentado muy pocos conflictos armados internacionales en los que se enfrenten ejércitos nacionales clásicos y estructurados. La guerra de 1978 entre Irak e Irán fue una de las últimas de este género. Los conflictos típicos actuales son conflictos internos y crónicos, en los que lo que está en juego es una compleja mezcla de intereses económicos, étnicos y religiosos. Cuando el mundo se encontraba dividido en dos superpotencias, la mayoría de los movimientos combatientes estaban patrocinados por uno de los dos bloques rivales que podían, si así lo deseaban, ejercer un cierto control sobre sus protegidos y sobre sus métodos de combate.

Muy diferente es la realidad que se vive hoy en las situaciones en las que reinan la anarquía y el caos, en las que el límite entre guerreros y bandidos es difícilmente perceptible. Además, la ausencia de responsables dignos de crédito hace que toda negociación sea muy aleatoria por falta de interlocutores que posean un poder decisorio real. En estas situaciones, en las que el chantaje y la violencia son el lenguaje común, los civiles sin armas son puestos en peligro por aquéllos mismos que, se supone, deberían protegerlos. Ellos tratan de sobrevivir bajo el temor permanente y la inseguridad, sin tener acceso a los productos indispensables para preservar su salud.

Contrariamente a las guerras clásicas, en las que los militares eran los más expuestos, las primeras víctimas de los conflictos armados actuales son los civiles. Sus derechos, definidos en los Convenios de Ginebra²⁹² son regular y sistemáticamente burlados. El mayor peligro para ellos no lo representan ni las balas perdidas ni los efectos directos o colaterales de las armas, sino el hecho de que los bienes indispensables para su supervivencia son objeto de saqueo o

²⁹² Conjunto de cuatro convenios internacionales que regulan el derecho internacional humanitario (DIH), también conocido por ello como derecho de Ginebra, cuyo propósito es proteger a las víctimas de los conflictos armados. Primera Convención de Ginebra: Convenio de Ginebra para el mejoramiento de la suerte que corren los militares heridos en los ejércitos en campaña. 1864. Segunda Convención de Ginebra: Convenio de Ginebra para el mejoramiento de la suerte de los militares heridos, enfermos o náufragos en las fuerzas armadas en el mar. 1906. Tercera Convención de Ginebra: Convenio de Ginebra para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña y el Convenio de Ginebra relativo al trato de los prisioneros de guerra. 1929. Cuarta Convención de Ginebra: Convenio de Ginebra relativo a la Protección de Personas Civiles en Tiempo de Guerra. 1949.

incautación, para garantizar la subsistencia de los combatientes que viven a costa suya. Fuera del pillaje del que son víctimas, se les destruyen los cultivos, se les sabotea el suministro de agua, se bloquean las vías de comunicación y, como represalia, se incendian pueblos. Sin seguridad, sin alimentos, sin agua potable, sin refugio, sin recursos y sin sistema de salud, es tal el aumento de la morbilidad y de la mortalidad que sufren estas poblaciones, que pueden llegar a verse amenazadas con desaparecer.

En todos los tiempos, gestos de solidaridad, de compasión y de caridad han permitido brindar auxilio a seres humanos en situación de desamparo. Ante la miseria intolerable, el hombre, con su capacidad innata para identificarse con su prójimo, experimenta una fuerte emoción que lo impulsa a actuar. Esta facultad de identificación puede desaparecer temporalmente en las guerras ideológicas, religiosas o étnicas, pues se sataniza a tal punto al enemigo que ya ni se le reconoce su calidad de ser humano. Es justamente en situaciones de este tipo que la presencia de voluntarios extranjeros, que asumen riesgos al aportar su ayuda, puede tener una significación simbólica esencial al recordar ciertos valores humanos en medio del caos. Si bien los gestos humanitarios no siempre han estado desprovistos de interés, son gestos que honran a la humanidad y que compensan otros cuyo aporte ha sido menos glorioso.

Desde el decenio de los 70, han surgido numerosas ONG que han complementado la acción del CICR en el terreno de los conflictos armados. Estas organizaciones que, en su fase inicial eran vehementemente independientes, generosas y espontáneas, se fueron estructurando y profesionalizando de manera gradual. Dadas las enormes necesidades de las víctimas de la guerra, que no han disminuido en el transcurso de los dos últimos decenios, estas organizaciones hacen posible su presencia en sitios en donde ocurren grandes catástrofes, cubriendo una serie de necesidades, complementando la labor que, a nivel local, desarrollan los servicios estatales, desbordados o aniquilados. Los grandes organismos especializados de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, OMS, PNUD, OCAH), pueden actuar en un país en colaboración con las autoridades locales, pero, a menudo, les es difícil trabajar en zonas no controladas por un gobierno.

En los conflictos armados de los que se habla en la escena internacional, las ONG están en capacidad de satisfacer gran parte de las necesidades de las poblaciones a las que pueden tener acceso, gracias a su competencia profesional y a las donaciones espontáneas de quienes, conmovidos por las imágenes de televisión, se muestran solidarios durante el período de crisis aguda. No obstante, cuando las poblaciones afectadas se encuentran en zonas inseguras, aisladas del resto del mundo, o cuando siguen sufriendo aun después de haberse superado la crisis aguda, ninguna organización, gubernamental o no gubernamental, puede responder a las necesidades más elementales de las víctimas, bien sea porque no tienen ya acceso a ellas bien porque, como las situaciones dejan de ocupar la primera plana en los periódicos, no tienen los medios suficientes.

El contexto en el que se desarrollan los grandes dramas provocados por la violencia está altamente politizado. Esta politización inevitable hace que cada acción se interprete políticamente, aunque con ella sólo se pretenda socorrer a víctimas inocentes. Para aquellos beligerantes que niegan la calidad de ser humano a sus enemigos, no solamente a los combatientes sino también a sus familias, es muy difícil comprender lo que son la neutralidad y la imparcialidad. Sin embargo, con mucha paciencia y persuasión es posible hacerles entender el estatuto de neutralidad que los Convenios de Ginebra confieren a los heridos, a los prisioneros y a las poblaciones civiles que no participan en las hostilidades.

Uno de los elementos fundamentales del DIH es la clara distinción entre los miembros de las fuerzas armadas y la población civil. Sin embargo, en los conflictos armados contemporáneos, la proximidad de los civiles a las operaciones militares y la creciente atribución de funciones tradicionalmente militares a personas civiles pueden crear confusión en lo que respecta a la implementación del principio de distinción.

A lo largo de la historia, la población civil siempre ha contribuido en mayor o menor grado al esfuerzo de guerra, por ejemplo, participando en la producción de armas o prestando apoyo económico, político y administrativo. Sin embargo, los

civiles normalmente no se hallaban presentes en los frentes de batalla y sólo una pequeña minoría de personas civiles intervenía en la conducción de las operaciones militares.

En ese contexto, era comparativamente fácil determinar quién era combatiente y constituía, por ende, un objetivo legítimo, y quién era un civil protegido contra los ataques directos en el marco del DIH.

En las últimas décadas, los campos de batalla han dejado de ser tan claros, puesto que los enfrentamientos se han desplazado a los centros de población civil. Las personas civiles participan cada vez más en actividades estrechamente relacionadas con la conducción de las hostilidades, lo que difumina la distinción entre las funciones civiles y militares. Esta situación ha creado incertidumbre acerca del modo de implementar el principio de distinción en la realidad de las operaciones militares contemporáneas.

Esas dificultades son mayores aún cuando la población armada no se distingue de la población civil, por ejemplo, cuando llevan a cabo operaciones clandestinas o cuando actúan como agricultores de día y combatientes de noche. En tales situaciones, las fuerzas armadas no pueden identificar correctamente a su adversario y las personas civiles pacíficas están más expuestas a sufrir ataques erróneos o arbitrarios.

Según el DIH, debe protegerse a las personas civiles contra ataques directos "salvo si participan directamente en las hostilidades y mientras dure tal participación"²⁹³. Sin embargo, ni en los Convenios de Ginebra ni en sus Protocolos adicionales se define la conducta que constituye una participación directa en las hostilidades. Por ende, el desafío contemporáneo consiste en proporcionar criterios claros para distinguir no sólo entre la población civil y las fuerzas armadas sino también entre los civiles pacíficos y los civiles que participan directamente en las hostilidades.

²⁹³ Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977. Artículo 51.3.

Tras muchos años de debates e investigación entre expertos en la materia, el CICR publicó en el año 2009 una Guía para interpretar la noción de participación directa en las hostilidades según el DIH, cuya finalidad es aclarar el significado y las repercusiones de la participación directa en las hostilidades según el DIH.

La Guerra de Siria.

La Guerra Civil Siria, o simplemente la Guerra de Siria, es un conflicto bélico actual desarrollado en ese país árabe que enfrenta al gobierno junto a las Fuerzas Armadas de Siria en contra de diversos grupos rebeldes de la oposición que buscan derrocar al gobierno y, en particular, sacar del poder al presidente Bashar Al-Asad. Aunque la oposición sostiene que el gobierno es violento y sanguinario, y que el pueblo se ha levantado en contra de él, el gobierno sirio ha asegurado que el conflicto es una guerra contra el terrorismo y no una guerra civil del pueblo contra el presidente.

El conflicto inició estando influenciado por las revoluciones de la "Primavera Árabe"²⁹⁴, que exigían profundos cambios en los gobiernos de gran parte de los países árabes. Como en Túnez, Egipto, Libia y Bahrein, los manifestantes reclamaban más libertades y plena democracia, así como también un mayor respeto de los derechos humanos. Sin embargo, el curso de la rebelión no fue el esperado, y no se llegó a un acuerdo como sucedió en Egipto o Túnez, sino que el gobierno respondió violentamente desencadenando una guerra civil como en Libia. De esta forma, la rebelión se ha centrado específicamente en el derrocamiento de Bashar Al Asad, mientras que el gobierno se ha centrado en devastar a su enemigo a toda costa.

La crisis comenzó a inicios de 2011, cuando los sirios comenzaron a alzarse en una serie de protestas en contra del gobierno. El aumento sistemático de la potencia de las manifestaciones hizo que el gobierno respondiera de forma

²⁹⁴ Serie de alzamientos populares en los países árabes acontecidos entre 2010 y 2014.

violenta, haciendo que la rebelión se intensificara fuertemente o a lo largo del mismo año. La brutal represión de las manifestaciones provocó que una parte de la sociedad civil y sectores del Ejército se alzaran en armas formando el llamado "Ejército Libre de Siria", a lo cual se sumaron otras series de grupos opositores al gobierno que luchaban por el derrocamiento de este. Rápidamente, estos grupos insurgentes empezaron a luchar por liberar Siria y fueron tomando ciudades importantes del país. Para finales del año 2011, los *rebeldes*, como se comenzó a denominar en los medios internacionales a quienes se enfrentan al gobierno, habían formado una guerrilla en el norte del país que posteriormente se extendería a lo largo del territorio sirio.

A comienzos de 2012, los *rebeldes* habían logrado dominar muchas localidades del norte del país, debido a su mayor cercanía con Turquía cuyo gobierno los apoya, pese a los contraataques diarios del Ejército. La revolución fue dando pie a enfrentamientos armados hasta desembocar en lo que se ha considerado una guerra civil. Durante ese año se intensificaron de manera creciente los combates, así como la dureza de los ataques del Ejército a las ciudades ocupadas por los *rebeldes*, destacando la ofensiva sobre Homs²⁹⁵, que convirtió a la antigua Emesa en la ciudad más dañada de la guerra hasta entonces. Durante el mismo periodo, el conflicto comenzó a apoderarse de toda Siria, habiendo puntos de enfrentamientos en todo el territorio, especialmente en ciudades importantes como Homs, Ratan y Hama, entre otras. La guerra tomó un curso más serio y decisivo cuando entre junio y agosto de 2012 los *rebeldes* invadieron las dos ciudades más importantes de Siria: Aleppo y Damasco. La primera continúa con enfrentamientos diarios que han devastado la ciudad, con la mayoría del territorio inmerso en una guerra que la ha destruido. En el caso de Damasco, el Ejército logró hacer retroceder a los *rebeldes*, aunque persisten combates y atentados con frecuencia e intensidad irregulares.

²⁹⁵ Operación militar realizada por el Ejército de Siria en el contexto de la Guerra Civil de Siria. La campaña bélica inició el 3 de febrero de 2012 y solo cesó el 14 de abril de ese mismo año, por petición de la ONU. Durante los casi tres meses que duró la ofensiva, el Ejército sirio fue acusado de ejercer una represión desmedida contra la población civil y de bombardear la ciudad sistemáticamente. Con un saldo de más de 1.000 muertos en menos de dos meses, la masacre en Homs se alza como uno de los más sangrientos episodios en lo que va de Guerra Civil en el país.

Por otra parte, a partir del segundo semestre de 2012, comenzaron a llegar grupos radicales islamitas que se unieron al bando rebelde para derrocar a Bashar Al Asad. Sin embargo, estos grupos, ligados muchas veces al terrorismo, son más extremos en su actuar y tienen una visión distinta del futuro de Siria, por lo que se han distanciado gradualmente del bando rebelde hasta incluso mantener enfrentamientos con éste.

A pesar de los esfuerzos de la Liga Árabe y de la ONU para parar el conflicto, en los inicios de 2013 el fin de la guerra parecía lejano. El 6 de enero, el presidente dio un discurso público en el que llamaba al diálogo y al cese de la violencia, pero éste no fue aceptado por los *rebeldes*, lo que hizo que el gobierno siguiera con sus ataques. Las batallas fueron intensificándose al punto del caos total en todo el país; las tropas del gobierno siguieron bombardeando puntos estratégicos para los rebeldes, y éstos a su vez, continuaron con los atentados y los enfrentamientos. Las conflictivas ciudades Homs y Aleppo, continuaron siendo el escenario de las más cruentas batallas, mientras que en las demás ciudades de igual manera se vivían combates con frecuencia. Los rebeldes comenzaron a avanzar notablemente en el este del país, siendo un importante logro tomar la ciudad de Raqqa a comienzos del mes de marzo, la primera capital de provincia en caer completamente en sus manos. A mediados de 2013, el gobierno comenzó a asediar fuertemente las localidades más conflictivas; así se vio en Al-Qusayr, donde el presidente derrotó a los rebeldes. Durante el mismo período, en ciudades como Homs y Aleppo, el ejército había redoblado la potencia de sus ofensivas y había comenzado a realizar efectivas operaciones de ataque, teniendo un avance que no se había visto desde el inicio del conflicto. Ya a finales de 2013, la violencia en Siria había crecido brutalmente, con combates diarios y devastadores ataques entre los bandos. Los enfrentamientos se producen en cada rincón del país, mientras los bombardeos y los atentados son cada vez más seguidos. En tanto, los campos de batallas más frecuentes siguen siendo las ciudades más importantes de Siria.

En el transcurso del conflicto, además, el gobierno sirio se ha enfrentado a varias crisis diplomáticas con países vecinos como Turquía, Israel o Líbano, que han dado pie a bombardeos y ataques incendiarios. En sus ramificaciones internacionales, la rebelión recibe apoyo en distinto grado de los países occidentales, como Estados Unidos, naciones vecinas como Turquía y los países árabes del golfo Pérsico, mientras que el gobierno es apoyado de distintas maneras por Irán, Rusia, la organización libanesa Hezbolá y algunos otros gobiernos entre los que destaca China.

La guerra civil en Siria ha dejado, hasta el momento, más de 100.000 muertos²⁹⁶, de los cuales 40.000 son víctimas civiles; la guerra ha dejado a más de 6.000.000 de refugiados y a la mayoría de las ciudades con una gran devastación; el número de desplazados ha elevado la escala mundial a su máximo nivel en los últimos 18 años y ha dejado al 40% de la población en una situación de crisis.

Este cúmulo de atrocidades convierte al conflicto en la más brutal crisis de la "Primavera árabe" y una de las peores guerras del siglo XXI.

Ambos bandos del conflicto han sido acusados desde diversas organizaciones y gobiernos de cometer crímenes de guerra y graves violaciones de los derechos humanos.

Durante los más de tres años transcurridos desde que comenzó la crisis en Siria, la situación se ha convertido en un desastre humanitario de dimensiones aterradoras²⁹⁷. Más de 9 millones de sirios necesitan ayuda con urgencia. Entre ellos se cuentan 6,5 millones de personas desplazadas dentro de su propio país, la mitad de las cuales son niños, que luchan por sobrevivir entre los enfrentamientos. Desde enero de 2012, 2,4 millones de personas han huido de Siria para refugiarse

²⁹⁶ Cifras de víctimas de la ONU correspondiente a julio de 2013. El número de muertos solo contabiliza a los fallecidos cuyo nombre, fecha y lugar de la muerte pudo verificarse. El Observatorio Sirio para los Derechos Humanos, con sede en Londres, eleva el número de muertos a 130.000.

²⁹⁷ Comité Internacional de la Cruz Roja. Comunicado de prensa. Damasco/Ginebra, declaración conjunta (SARC/FICR/CICR). 14-03-2014.

en Líbano, Jordania, Turquía, Irak y Egipto y miles de familias han huido a países más lejanos. Hoy en día la situación humanitaria se sigue deteriorando con rapidez en amplias zonas del país.

Tres años más tarde, este conflicto ha llevado a su límite los mecanismos de adaptación de millones de familias y ha comprometido la capacidad de los sirios y del país entero de recuperarse de la constante violencia y de la destrucción absoluta. Día a día, cada vez más sirios se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas. En amplias zonas del país, muchos padecen hambre y la mayoría de la población siria apenas puede reconocer sus comunidades, antes florecientes y su país, antes próspero.

Desde el principio de la crisis, el principal proveedor de servicios humanitarios ha sido la Media Luna Roja Árabe Siria (MLRAS) que asiste a más de 3 millones de beneficiarios por mes. En 2010, sus prioridades eran las de prestar ayuda a más de 140.000 iraquíes que se habían refugiado en Siria, prepararse para los desastres naturales y asistir a otras Sociedades Nacionales en tiempo de crisis, tres años más tarde, junto con sus asociados en el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la sociedad se encarga de proporcionar asistencia de manera imparcial a millones de sirios afectados por el conflicto.

Según estimaciones de las Naciones Unidas, aproximadamente 3 millones de civiles siguen hoy atrapados en zonas rodeadas por una violencia continua, sin poder acceder a la ayuda humanitaria o con un acceso limitado e irregular a ella. Si bien el conflicto ha afectado a todo el país, la situación es particularmente alarmante en los suburbios de Damasco y en las gobernaciones de Damasco Rural, Aleppo, Homs, Dara'a, Idleb, Hama, Deir Ezzor, Raqqa y Hassakeh.

Desde enero de 2014, los equipos de la MLRAS han prestado ayuda y servicios humanitarios que se necesitan con urgencia en las 14 gobernaciones sirias, donde la población sufre penurias extremas. En Deir Ezzor, los equipos de la MLRAS distribuyeron socorros esenciales tras cuatro meses de bloqueos y enfrentamientos constantes.

Desde el inicio del conflicto, 34 colaboradores y voluntarios de la MLRAS han perdido la vida en el desempeño de su misión humanitaria y muchos han sido heridos. Todas las partes en el conflicto deben hacer mucho más para respetar los emblemas de la media luna roja y la cruz roja y velar por que aquellos que luchan por salvar vidas no se transformen ellos mismos en víctimas. En los países vecinos a Siria, los padecimientos de la población no encuentran alivio, unos 2,4 millones de refugiados no pueden satisfacer sus necesidades básicas, las comunidades de acogida también sufren una presión considerable y, es en estos países, donde la creciente competencia por recursos tales como el acceso a la atención de salud, a las escuelas y a los insumos esenciales pone en peligro los medios de subsistencia, la infraestructura y los recursos locales. La falta de medios de vida sostenibles y las tensiones entre comunidades representan algunos de los principales riesgos que afectan tanto a los refugiados sirios como a las familias de acogida.

Constantemente y desde el inicio del conflicto, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja reitera su llamamiento a las partes en el conflicto para que cumplan con las responsabilidades que les impone el derecho internacional humanitario. El Movimiento está decidido a incrementar sus esfuerzos por aliviar el sufrimiento de los millones de sirios afectados por el conflicto, pero sólo podrá hacerlo si las partes en el conflicto garantizan en todo momento el paso rápido, seguro y sin obstáculos de la ayuda humanitaria imparcial.

VII.3 LA DONACIÓN EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE

Cientos de millones de personas ven amenazadas cada día su salud y medios de subsistencia porque los sistemas locales y nacionales que los protegen están colapsados o son demasiado débiles para soportar situaciones de crisis y acontecimientos extremos.

La OMS es la organización principal que busca mejorar su colaboración con los Estados Miembros y otros interesados para reducir al mínimo el sufrimiento y las muertes en dichas situaciones. Esta organización ayuda también a las comunidades y autoridades nacionales a prepararse para las crisis y a mitigar sus efectos.

Terremoto de Haití 2010

El terremoto de Haití registrado el martes 12 de enero de 2010 a las 16:53:09 hora local con epicentro a 15 km de Puerto Príncipe, la capital, causó una cuantiosa pérdida de vidas humanas e innumerables traumatismos que requerían intervenciones quirúrgicas y tratamiento traumatológico inmediato. Según el Servicio Geológico de Estados Unidos, el seísmo tuvo una magnitud de 7,2 grados en la escala Richter y se había generado a una profundidad de 10 kilómetros. Solo unas horas después se registraron una serie de réplicas, siendo las más fuertes las de 5,9, 5,5 y 5,1 grados. Este terremoto fue el más fuerte registrado en la zona desde el acontecido en 1770 y fue perceptible en varios países cercanos como Cuba, Jamaica y República Dominicana, donde provocó temor y evacuaciones preventivas²⁹⁸.

Los efectos causados sobre este país, el más pobre de América, fueron devastadores. Los datos definitivos de los afectados no se conocieron hasta un año después, el 12 de enero de 2011, cuando se supo que fallecieron 316.000 personas, 350.000 más quedaron heridas, más de 1,5 millones de personas se quedaron sin hogar y más de 500.000 se refugiaron en otras zonas del país.

Además, el sistema de salud sufrió graves daños en su infraestructura y organización, se dañaron numerosos hospitales y centros de salud, se derrumbó el edificio del Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) y muchos miembros del personal perdieron la vida. Esta situación comprometió seriamente

²⁹⁸ El País Internacional. (2010) El terremoto más intenso sufrido en 240 años en Haití. Madrid. En *El País Internacional. Diario on line*. http://internacional.elpais.com/internacional/2010/01/13/actualidad/1263337216_850215.html Disponible en vers. html 14-05-2014.

la capacidad del sistema de salud de Haití de responder a las necesidades que se presentaban.

Este suceso sigue siendo considerado, a día de hoy, como una de las catástrofes humanas más graves de la historia.

Poco después del terremoto que azotó al país, la ayuda humanitaria no se hizo esperar, multitud de organizaciones anunciaron el envío de dinero, alimentos, voluntarios, bomberos, expertos, medicinas y hasta perros especializados en búsquedas para asistir al país caribeño²⁹⁹.

Una de las organizaciones que envió medicamentos y material sanitario a través de su Banco de Medicamentos fue Farmacéuticos Sin Fronteras de España.

El Banco de Medicamentos FSFE³⁰⁰ es el programa interno de la Organización Farmacéuticos Sin Fronteras de España. Es el núcleo central de la organización en cuanto a la gestión integral del medicamento en Cooperación al Desarrollo, Ayuda Humanitaria y Acción Social, y se encarga de gestionar todas las donaciones en producto enviadas por la entidad tanto a proyectos propios, como a otras entidades colaboradoras.

El programa nació en 2006 como proyecto de referencia en las donaciones de fármacos. Actualmente ha llegado a más de 40 países con casi 5 millones de € (PVL) en medicamentos enviados.

El Banco de Medicamentos basa su funcionamiento en la relación con la industria farmacéutica y en la creación de una red de colaboración con entidades que, en sus proyectos, trabajan con medicamentos o productos sanitarios.

²⁹⁹ BBC Mundo. (2010) Haití: el desafío de la Ayuda Humanitaria. En *BBC Mundo. Diario on line* http://www.bbc.co.uk/mundo/america_latina/2010/01/100124_1540_haiti_terremoto_ayuda_hu_manitaria_sao.shtml. Disponible en vers. html 14-05-2014.

³⁰⁰ Banco de Medicamentos. ONG Farmacéuticos Sin Fronteras. www.farmaceticossinfronteras.org/bancomedicamentos.php Disponible en vers. html 14-05-2014.

Posteriormente al terremoto, esta organización y de acuerdo con su propio protocolo de emergencias, estableció una coordinación adecuada con distintos equipos sanitarios de Salvamento Ayuda y Rescate España (SARE) e Infancia Sin Fronteras (IS) desplazados al terreno para prestar ayuda inmediata.

Además, se inició una campaña de captación de medicamentos y productos sanitarios en base a los primeros listados de necesidades que en esta materia llegaron a la ONG a través de la Comunidad de Madrid y del personal sanitario de SARE e IS desplazado en la zona, con una respuesta muy positiva por parte de la industria farmacéutica.

Todos los envíos fueron realizados a través de aviones de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID) y la compañía española Iberia y, todas las donaciones provenían de los laboratorios Kern Pharma, Stada, Baxter, Casen Fleet, Lainco, Pérez Giménez, Smith&Nephew, Braun Medical, Braun Surgical, Cuvefarma y Farmasierra.

Otra de las organizaciones que intervino desde el mismo momento de la catástrofe fue la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS³⁰¹.

La misión a largo plazo de la OPS/OMS en Haití era la de prestar cooperación técnica que promoviera la equidad en materia de salud, combatiera las enfermedades y mejorara la calidad de vida de las personas del país, pero a corto plazo, el mismo día del terremoto, la OPS/OMS estableció en Puerto Príncipe un equipo de miembros profesionales en campos como la gestión de desastres, la epidemiología, la salud mental, las unidades móviles de atención primaria de salud, la atención hospitalaria y la referencia de pacientes, la farmacia, la logística y la comunicación.

³⁰¹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) www.paho.org/hq.

Además del equipo presente en Puerto Príncipe, al tercer día del terremoto la OPS/OMS envió un equipo a Jimaní, República Dominicana, en la frontera con Haití. Esta oficina de campo actuó como un núcleo logístico y apoyó los establecimientos de salud locales, que recibieron a más de 3000 pacientes en los primeros días.

La OPS/OMS apoyó las actividades de triaje (método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles) en los hospitales y se enviaron brigadas médicas dominicanas a Jimaní para ayudar a enviar pacientes a los hospitales en Santo Domingo. La OPS estableció un mecanismo de coordinación con el personal sanitario del Hospital *Love a Child*, operado por la Universidad de Harvard y Visión Mundial, para unir esfuerzos en el tratamiento de los pacientes a la vez que establecía una farmacia pequeña para atender los hospitales.

La oficina de campo en Jimaní sirvió de base logística para identificar y efectuar el seguimiento de la enorme cantidad de suministros médicos que se enviaban a Haití. Un equipo de dos personas usó el LSS/SUMA (Logistics Support System/Sistema de Manejo Integral de Suministros Sanitarios desarrollado por la OPS/OMS) para clasificar las toneladas de suministros médicos que entraron en Haití por la República Dominicana con el fin de conseguir que los elementos urgentemente requeridos llegaran a las víctimas de desastre que los necesitaban.

El acceso a los servicios de atención de salud se convirtió en un reto para muchos haitianos. La OPS/OMS apoyó al MSPP a medida que asumía el liderazgo en la atención a las necesidades de salud de la población, especialmente de los afectados por el terremoto. Se enviaron ingenieros estructurales para trabajar sobre el terreno y para evaluar el estado estructural de los establecimientos de salud.

Antes del terremoto, más de 40% de la población no tenía ningún acceso a la atención de salud, ya fuera porque no disponía de un establecimiento de salud cerca o, en la mayoría de los casos, debido a los honorarios altos cobrados por los servicios de salud. Después del terremoto, dos acontecimientos aumentaron temporalmente el acceso a los servicios de salud para la población:

1. la llegada de muchos equipos extranjeros de personal médico y
2. la instauración de servicios de salud gratuitos como parte de la respuesta humanitaria.

Se implantó un sistema de unidades móviles de salud para facilitar el acceso a la atención de salud a los haitianos desplazados. La OPS/OMS ayudó al MSPP del país a coordinar el trabajo de organismos y ONG internacionales y nacionales que llevaron personal y equipo sanitarios para prestar servicios de atención primaria de salud en las zonas afectadas.

Varios organismos internacionales prestaron servicios móviles de salud, incluida la Brigada Médica Cubana, Aliados para la Salud, Ayuda Médica Internacional, Merlin, Médicos Sin Fronteras, la Federación Internacional de la Cruz Roja y sus Sociedades Nacionales y Médicos del Mundo, entre otros.

Se creó el Programa Nacional de Seguridad de la Sangre del MSPP con el fin de establecer normas para transfusiones seguras de sangre, aumentar las donaciones voluntarias de sangre y facilitar el acceso a sangre segura para los pacientes. En los últimos cinco años, la recolección de sangre creció 250%, el número de unidades de sangre se incrementó de 9000 a 22.000 y las donaciones voluntarias de sangre pasaron de 4,7% a 70%. Durante los primeros ocho días posteriores al terremoto, no se dispuso de sangre para transfusiones. La OPS/OMS desempeñó una función crucial al coordinar y distribuir las donaciones de sangre de otros países y, en seis semanas, se recibieron y distribuyeron 2.500 unidades a los hospitales de Puerto Príncipe y la zona metropolitana.

La disponibilidad de medicamentos y suministros médicos en los establecimientos de salud eran ya deficientes antes del terremoto, el desastre solo agravó la situación, pues muchos hospitales y otros establecimientos de salud perdieron equipos y suministros médicos y la elevada cantidad de personas lesionadas y enfermas aumentó la necesidad de medicamentos y suministros adicionales. Por otra parte, un gran número de organismos de socorro rápidamente agotaron sus propias existencias.

El Programa de Medicamentos Esenciales de la República de Haití (PROMESS), establecido en 1992 para garantizar el acceso a medicamentos y suministros de calidad, desempeñó una función vital en la respuesta al terremoto. Supervisado por un comité de gestión PROMESS sirvió como el principal centro de almacenamiento y distribución de los medicamentos y suministros que ya estaban en el país y de los donados como parte de las actividades de socorro.

Después del terremoto, PROMESS puso los medicamentos y suministros médicos a disposición de todos los establecimientos de salud pública y ONG nacionales e internacionales que estaban proporcionando servicios gratuitos de salud a la población afectada. En los primeros 45 días, PROMESS distribuyó más de 345.000 cajas de medicamentos esenciales y suministros, incluidos antibióticos, vacunas, psicofármacos, medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, la diabetes y la malaria, anestésicos, analgésicos, etc.

Gracias a un convenio mundial con el PMA para la colaboración en la logística, la OPS/OMS pudo enviar por helicóptero más de 25 toneladas métricas de medicamentos esenciales, suministros y equipo a hospitales y centros de salud.

La OPS/OMS aboga constantemente por las prácticas adecuadas en la donación de los medicamentos en las operaciones de socorro. Los medicamentos que no serían aceptables en el país donante no deben ser ofrecidos a otro país y, los medicamentos donados deben provenir siempre de fuentes fiables y cumplir con las normas de calidad tanto de los países donantes como de las naciones beneficiarias.

Los medicamentos debían ser válidos durante al menos un año después de su llegada a Haití y las donaciones debían respetar plenamente los deseos y la autoridad de los funcionarios de salud de Haití y cumplir con las políticas sanitarias y los procedimientos administrativos existentes en el país.

A pesar de todas estas actividades, la situación no ha sido sostenible a largo plazo, el acceso a los servicios de salud volvió ser limitado cuando abandonaron el país algunas de las ONG internacionales desplazadas al terreno.

Actualmente, las condiciones actuales de vida de casi dos millones de personas desplazadas entrañan un grave riesgo de padecer brotes de enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea, infecciones respiratorias agudas, malaria, dengue y sarampión.

La OPS/OMS desempeña una función crucial en la detección y el control de enfermedades transmisibles después del terremoto. Junto con aliados como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), las Brigadas Cubanas, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y MSF, la OPS/OMS apoyó al MSPP en el establecimiento de un sistema de alerta temprana para la detección de las enfermedades transmisibles, el cual contaba con 52 centros centinela. Los establecimientos de salud, las ONG y las brigadas médicas de Cuba y otros países (como China, Filipinas y Taiwán) suministraban diariamente información sobre un gran número de enfermedades transmisibles con potencial epidémico y se realizaron investigaciones sobre el terreno de presuntos casos para la notificación inmediata de seis enfermedades (sarampión, difteria, meningitis, síndrome de fiebre hemorrágica aguda, parálisis flácida y rabia).

Actualmente hay aproximadamente 120.000 personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA en Haití; 53% son mujeres y se calcula que 60% del total de personas infectadas residían en las zonas afectadas por terremoto. Haití se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe con prevalencia más alta

de la infección por el VIH/SIDA. Hace un decenio, un 10% de la población vivía con la infección por el VIH/SIDA, pero el porcentaje se redujo a 2,2% en los últimos años.

El terremoto puso en riesgo los logros del último decenio y la OPS/OMS trabaja con el MSPP para abordar este problema haciendo hincapié en la permanente formulación de planes y la evaluación de las necesidades (plan de respuesta operativa a la emergencia, plan intermedio, evaluación de las necesidades con posterioridad al desastre). Las prioridades incluyen restablecer todos los servicios de atención a los pacientes con infección por el VIH/SIDA que resultaron interrumpidos y prevenir la propagación de la enfermedad en los asentamientos temporales (que son propensos a presentar un ascenso de la incidencia de infección por el VIH/SIDA después de un desastre).

Haití tiene una incidencia de tuberculosis muy elevada; se diagnostican alrededor de 14.000 casos nuevos cada año. El 26% de los casos de tuberculosis son personas que viven con la infección por el VIH. Antes del terremoto, había 294 establecimientos de salud que prestaban servicios a los pacientes con tuberculosis. El Centro Antituberculoso Siguenneau, que estaba prestando servicio a 186 pacientes, resultó dañado y los pacientes se alojaron en tiendas fuera del hospital y recibieron apoyo de las ONG.

La OPS/OMS, a través de PROMESS, sigue siendo el principal actor en la obtención, almacenamiento y distribución de fármacos antituberculosos en Haití, incluidos los que llegan por conducto del Servicio Financiero Mundial para la Adquisición de Medicamentos (GDF)³⁰².

Desde que salieron del país muchas de las ONG desplazadas al terreno lo fundamental ha sido establecer un sistema para la gestión de la información sanitaria, que permita al MSPP y sus aliados adoptar decisiones basadas en información en tiempo real con respecto a las necesidades, las tendencias de las

³⁰² Organización Panamericana de la Salud. (2013) Terremoto en Haití. La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

enfermedades, la prestación de servicios de salud, el estado del sistema sanitario nacional y la cooperación internacional.

VII.4 OTRAS FORMAS DE AYUDA Y DONACIÓN

- EL NUEVO BOTIQUÍN DE URGENCIA 98 (NBU98)³⁰³



Figura 14. El Nuevo Botiquín de Urgencia 98.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

En la fase aguda de una situación de emergencia, así como en los desplazamientos de poblaciones de refugiados médicamente desatendidos, lo mejor es enviar un surtido de medicamentos y suministros médicos, normalizado y concebido específicamente con ese fin. El nuevo botiquín de urgencia, que se está usando mucho desde 1990 y se actualizó en 1998, contiene medicamentos, artículos desechables y equipo básico suficiente para prestar asistencia médica general a una población de 10.000 personas durante aproximadamente tres meses.

³⁰³ Organización Mundial de la Salud. (1998) El nuevo botiquín de urgencia 98. Medicamentos y material médico para 10.000 personas y aproximadamente 3 meses. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

El NBU98 se compone de dos partes, tanto para los medicamentos como para el material médico, denominadas la unidad de base y la unidad suplementaria

La unidad de base contiene medicamentos, material médico y cierto equipo indispensable para los agentes de atención primaria de salud con competencias restringidas. Contiene doce medicamentos, ninguno de ellos en forma inyectable.

La unidad suplementaria contiene medicamentos y material médico para una población de 10.000 personas y únicamente puede ser utilizada por personal de salud de competencia confirmada o por médicos. No contiene medicamentos ni material de la unidad de base, por lo que para ser operacional, la unidad suplementaria debe utilizarse con una o varias unidades de base.

El NBU98 se compone de 10 unidades de base y de una unidad suplementaria. 10 unidades de base (para personal básico de salud), destinada cada unidad a una población de 1000 personas durante 3 meses. Cada unidad contiene medicamentos, material renovable y equipo de base, empaquetado en una caja de cartón. Una unidad suplementaria (para médicos y asistentes médicos, para una población de 10.000 personas durante 3 meses). Una unidad suplementaria contiene:

- medicamentos (aproximadamente 130 kg)
- perfusiones esenciales (aproximadamente 180 kg)
- material renovable (aproximadamente 60 kg)
- equipo (aproximadamente 40 kg)

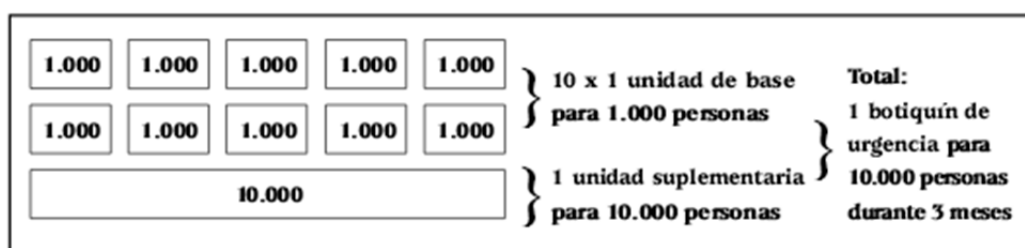


Gráfico 6. Composición de Nuevo Botiquín de Urgencia de 1998.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (1998) *El nuevo botiquín de urgencia 98*. Ginebra.

OMS. (OMS/DAP/98.10)

La selección y la cuantificación de los medicamentos de estas dos unidades se han basado en las pautas de tratamiento recomendadas por los servicios técnicos de la OMS.

El NBU98 se puede pedir a varios importantes proveedores farmacéuticos, algunos de los cuales poseen una reserva permanente de botiquines listos para el envío en 24 horas. Sin embargo, puede ser conveniente efectuar el pedido en el nivel regional para reducir el coste del envío. El organismo responsable del pedido debe asegurarse de que el fabricante cumple las normas de calidad, empaquetado y etiquetado de los medicamentos, y que todos los elementos sean compatibles con las especificaciones comprendidas en la lista de las Naciones Unidas de material y equipo médicos, y medicamentos.

Es importante señalar que muchos medicamentos del botiquín pueden considerarse ejemplos de un grupo terapéutico y que a menudo pueden escogerse otros medicamentos equivalentes. Ello debe tenerse en cuenta si la selección se realiza al nivel nacional, pues entonces la elección de los medicamentos puede depender de la disponibilidad inmediata de otros medicamentos en los proveedores locales, que sean equivalentes en coste y calidad. Tal vez las autoridades nacionales deseen almacenar medicamentos y material idénticos o equivalentes como parte de su programa de preparación para casos de urgencia. El botiquín también puede utilizarse como valiosa lista de suministros de base de medicamentos y material médico esenciales para la atención primaria de salud

La composición del NBU98 se basa en datos epidemiológicos, perfiles de población, características de la morbilidad y ciertos supuestos derivados de la experiencia adquirida en otras situaciones de urgencia. Esos supuestos son los siguientes:

- el personal del nivel más periférico del sistema de atención de salud tiene sólo limitados conocimientos médicos y tratará síntomas más que enfermedades diagnosticadas, utilizando las unidades de base y enviando al nivel siguiente a los pacientes que necesitan tratamiento más especializado;

- la mitad de la población tiene menos de 14 años;
- el número medio de enfermos que presentan los síntomas o las enfermedades más corrientes es previsible;
- para tratar estos síntomas o estas enfermedades se utilizarán planes normalizados;
- la tasa de enfermos enviados desde las estructuras de base hacia las estructuras de un nivel superior es de un 10%;
- el personal del primer nivel de envío de la atención de salud está compuesto por enfermeras experimentadas, parteras, asistentes médicos o médicos, con posibilidades de hospitalización muy limitadas o nulas. Utilizarán la unidad suplementaria en asociación con una o más unidades de base;
- si las estructuras de base o de primer envío son fácilmente accesibles para la población, cada individuo consultará una media de cuatro veces al año para recibir consejo o tratamiento. En consecuencia, el botiquín basta para cubrir las necesidades de más o menos 10.000 personas durante aproximadamente 3 meses.

Selección de medicamentos:

1. Inyectables

No hay medicamentos inyectables en la unidad de base. El personal de salud de los servicios de base generalmente no ha sido formado para recetarlos ni para administrarlos. Además, las enfermedades más corrientes y sin complicaciones no precisan del uso de medicamentos por vía inyectable. Si un paciente necesita inyecciones, debe ser enviado al primer nivel.

2. Antibióticos

Las infecciones bacterianas son corrientes en todos los niveles de la atención de salud, incluidos los más periféricos, y por ello el personal básico ha de tener la posibilidad de prescribir un antibiótico. Sin embargo, muchos agentes básicos de salud no han sido formados para recetar antibióticos de manera racional. El cotrimoxazol es el único antibiótico disponible en la unidad de base y ello permitirá al agente de salud concentrarse en la decisión de utilizar o no un antibiótico y no en la elección entre varios antibióticos. Se ha seleccionado el cotrimoxazol porque actúa sobre la mayoría de las bacterias halladas en la práctica, particularmente *S. pneumoniae* y *H. influenzae* en las infecciones agudas de las vías respiratorias. Es estable a las temperaturas de las regiones tropicales, sólo debe tomarse dos veces al día y sus efectos secundarios (dermatosis exfoliativas o aplasias medulares) son raros. Por otra parte, es más barato que los demás antibióticos. El riesgo de aparición de resistencias debería reducirse si se receta de manera racional.

3. Medicamentos para niños

El único comprimido pediátrico incluido en la lista es el paracetamol de 100 mg. No se han incluido jarabes para niños por su inestabilidad, la breve duración de su actividad después de la reconstitución y su volumen y peso. En lugar de ellos puede darse a los niños la mitad o la cuarta parte de comprimidos para adulto, triturados y administrados con un pequeño volumen de líquido o con dulces y alimentos.

4. Medicamentos no incluidos en el botiquín

El presente botiquín no incluye las vacunas corrientes ni medicamentos contra enfermedades transmisibles tales como la tuberculosis o la lepra. Las vacunas necesarias o los planes para establecer un programa ampliado de inmunización deben examinarse con las autoridades locales lo antes posible; se adoptará la

misma actitud respecto a los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles. De una manera general, no debe iniciarse ningún programa especial si no presenta suficientes garantías de continuidad a largo plazo. Además, los medicamentos incluidos en el botiquín no cubren ciertos problemas concretos de salud que aparecen en determinadas zonas geográficas, por ej., cepas palúdicas resistentes. El tratamiento de elección para las convulsiones eclámpticas es el sulfato de magnesio por vías intravenosa e intramuscular. Sin embargo, tal vez el personal no esté muy al corriente de su uso y por ello permanece en el botiquín el diazepam, que tiene otras indicaciones terapéuticas. La ergometrina inyectable requiere la cadena de frío porque es inestable si está sometida a altas temperaturas ambientales y por ello no se incluye en el botiquín. En lugar de ella se suministra oxitocina. No se incluyen medicamentos específicos para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

Selección del material renovable:

1. Jeringas y agujas

Teniendo en cuenta el riesgo de transmisión directa de hepatitis y de SIDA por las agujas, éstas deben considerarse peligrosas. El riesgo para el personal puede limitarse por los siguientes medios:

- limitación del número de inyecciones;
- utilización exclusiva de agujas desechables;
- utilización siempre que sea posible de jeringas desechables (siempre jeringas autodestruibles desechables en las campañas de vacunación);
- utilización de cajas de seguridad para recoger e incinerar las jeringas y agujas utilizadas;

- seguimiento estricto de los procedimientos de destrucción para el material desechable.

La manipulación de las jeringas entraña menos riesgo que la de las agujas. Por esta razón se han seleccionado jeringas de nilón reesterilizables y agujas desechables para la unidad suplementaria. Sin embargo, los procedimientos de esterilización generalmente no se ponen en marcha inmediatamente y por eso hay que prever existencias de material enteramente desechable. Así pues, en la unidad suplementaria hay un pequeño número de jeringas desechables. Deben destruirse bajo la supervisión de personas autorizadas. Es probable que en el porvenir se abandone el uso de las jeringas reesterilizables.

Se recomienda firmemente que todas las jeringas desechables del botiquín sean sustituidas por jeringas de un sólo uso, autodestruibles, tan pronto como se disponga en el comercio de esos productos.

2. Guantes

La unidad de base cuenta con guantes desechables llamados a proteger al personal contra posibles infecciones al realizar curas o manipular materiales infectados. En cualquier caso, las curas deben aplicarse o cambiarse con los instrumentos que están incluidos en el botiquín. La unidad suplementaria cuenta con guantes para cirugía que deben ser reesterilizables. Se utilizan para los partos, las suturas y la cirugía menor, bajo supervisión médica.

Selección del equipo:

1. Instrumental de reanimación y de cirugía

El botiquín se ha concebido para medicina general en situaciones precarias y por ello no se ha previsto ningún material de reanimación ni de cirugía mayor. En

las situaciones de guerra, de terremoto o de epidemia, se necesitarán grupos especializados con el equipo y el material correspondientes

2. Esterilización

En el botiquín se ha previsto un conjunto completo de material de esterilización. La unidad de base contiene dos bombonas pequeñas para el material de curas estéril. Una permite esterilizar en el primer nivel de envío de enfermos mientras que la otra se utiliza a nivel periférico. La unidad suplementaria contiene un hornillo de queroseno y dos esterilizadores a presión, uno pequeño para esterilizar las jeringas de 2 y de 5 ml, y otro mayor para esterilizar las bombonas pequeñas que contienen instrumental y material de curas.

3. Dilución y almacenamiento de los líquidos

El botiquín contiene varios frascos de plástico y algunas jeringas desechables de gran volumen para efectuar ciertas diluciones y almacenarlas (por ej., soluciones de benzoato de bencilo, clorhexidina y violeta de genciana).

4. Aprovechamiento de agua

El botiquín contiene material para ayudar a disponer de agua limpia en los servicios de salud. Cada unidad de base contiene una garrafa plegable de 20 litros y dos cubos de plástico de 12 litros. La unidad suplementaria contiene un filtro para agua de bujías y tabletas de dicloroisocianurato de sodio (NaDCC) para clorar el agua.

La composición completa del NBU98 se puede consultar en el Anexo VI.

- **DONATIVOS EN METÁLICO**

Una vez pasada la fase aguda de una situación de emergencia, los donativos en metálico para la adquisición de medicamentos esenciales en el ámbito local o regional suelen tener mejor acogida que los subsiguientes donativos de medicamentos en especie. Esa contribución en metálico brinda un eficaz respaldo a las actividades del gobierno o el comité coordinador local, favorece a la industria farmacéutica local y regional y puede resultar también más rentable. Además, tanto los prescriptores como los pacientes suelen estar más familiarizados con los medicamentos de producción local.

VII.5 COLABORACIÓN FARMACÉUTICA

Una responsabilidad de los farmacéuticos, tanto civiles como militares, en situaciones de emergencia humanitaria o logística es fundamental a fin de dar una respuesta global y local en estas situaciones.

La Federación Farmacéutica Internacional³⁰⁴ (FIP) desde las Secciones “Pharmacy Information Section” y “Military and Emergency Pharmacy Section” intenta que los farmacéuticos civiles en íntima comunicación con los farmacéuticos militares lleguen a alcanzar una excelente práctica en las situaciones mencionadas colaborando con distintas organizaciones de socorro de emergencia.

El objetivo de estas secciones es el de establecer una estrecha cooperación entre los servicios farmacéuticos y las organizaciones pertinentes en los diferentes países y sus miembros tienen como misión el estudio de todos los problemas relacionados con la Farmacia de Emergencia a nivel internacional para coordinar cuestiones de logística farmacéutica y farmacia en general.

³⁰⁴ Federación global de asociaciones nacionales de farmacéuticos y científicos farmacéuticos que está en relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud. <http://www.fip.org/>

QUINTA PARTE:
RESULTADOS Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII RESULTADOS

VIII.1. EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DIRECTORES CUATRIENALES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA.

Desde el primer Plan Director de Cooperación Española establecido para los años 2001-2004 se han establecido una serie de estrategias de intervención, organizadas en función de una serie de prioridades, horizontales y sectoriales, las cuales se han ido ampliando y modificando con el paso de los años.

VIII.1.1 PRIORIDADES HORIZONTALES

Aquellas que deben ser integradas en todas las actuaciones promovidas en materia de cooperación y que no deben ser perjudicadas por actuaciones no centradas en ellas.

El Plan Director 2001-2004 estableció como prioridades horizontales principales:

- la lucha contra la pobreza,
- la promoción de la igualdad de hombres y mujeres, y
- el medio ambiente.

Estas prioridades se han ido ampliando en los siguientes planes directores en función de las estrategias de intervención marcadas en las políticas de Cooperación Española.

PLANES DIRECTORES	2001-2004	2005-2008	2009-2012	2013-2016
PRIORIDADES HORIZONTALES	Lucha contra la pobreza.	Lucha contra la pobreza.	Inclusión social y lucha contra la pobreza.	Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis. Promover oportunidades económicas para los más pobres. Responder a las crisis humanitarias con calidad.
	---	Defensa de los derechos humanos.	Promoción de los derechos humanos y gobernabilidad democrática.	Consolidar los procesos democráticos y el Estado de derecho. Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos.
	La promoción de la igualdad de hombres y mujeres.	Equidad de género.	Género en desarrollo.	Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
	El medio ambiente.	Sostenibilidad medioambiental.	Sostenibilidad medioambiental.	Mejorar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales.
	---	Respeto a la diversidad cultural.	Respeto a la diversidad cultural.	Construir una ciudadanía global comprometida con el desarrollo.

Tabla 8. Prioridades Horizontales establecidas en los Planes Directores de Cooperación Española. Fuente: Elaboración propia.

VIII.1.2 PRIORIDADES SECTORIALES

Aquellas dirigidas a determinados ámbitos de actuación preferente.

Según la Ley 23/1998, de 7 de julio³⁰⁵, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en su objetivo de luchar contra la pobreza en todas sus manifestaciones, establecía como principales las siguientes prioridades sectoriales:

- Servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos.
- Dotación, mejora o ampliación de infraestructuras. Desarrollo de la base productiva y fomento del sector privado.
- Protección y respeto de los derechos humanos, igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, participación e integración social de la mujer y defensa de los grupos de población más vulnerables (menores, con especial atención a la erradicación de la explotación laboral infantil, refugiados, desplazados, retornados, indígenas, minorías).
- Fortalecimiento de las estructuras democráticas y de la sociedad civil y apoyo a las instituciones, especialmente las más próximas al ciudadano.
- Protección y mejora de la calidad del medio ambiente, conservación racional y utilización renovable y sostenible de la biodiversidad.
- Cultura, con especial incidencia en la defensa de los aspectos que definan la identidad cultural dirigida al desarrollo endógeno y los que favorezcan la promoción cultural y el libre acceso a equipamientos y servicios culturales de todos los sectores de la población potencialmente beneficiaria.
- Desarrollo de la investigación científica y tecnológica y su aplicación a los proyectos de cooperación para el desarrollo.

³⁰⁵ *Loc. cit.* en nota (165).

PLANES DIRECTORES	2001-2004	2005-2008	2009-2012	2013-2016
PRIORIDADES SECTORIALES	Necesidades sociales básicas.	Aumento de las capacidades sociales e institucionales.	Servicios sociales básicos: Educación. Servicios sociales básicos: Salud. Servicios sociales básicos: Agua y saneamiento. Gobernabilidad democrática.	Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos.
	Inversión en el ser humano.	Aumento de las capacidades humanas.	Desarrollo rural y lucha contra el hambre.	Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis. Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
	Infraestructuras y promoción del tejido económico.	Aumento de las capacidades económicas.	Crecimiento económico para la reducción de la pobreza.	Promover oportunidades económicas para los más pobres.
	Defensa del Medio Ambiente.	Aumento de las capacidades para mejorar la sostenibilidad ambiental.	Sostenibilidad ambiental, lucha contra el cambio climático y hábitat. Ciencia, Tecnología e Innovación para el Desarrollo Humano.	
	Participación social, desarrollo institucional y buen gobierno.	Aumento de la libertad y capacidades culturales. Aumento de las capacidades y la autonomía de las mujeres.	Cultura y desarrollo. Género en Desarrollo. Migración y desarrollo.	Consolidar los procesos democráticos y el Estado de derecho. Mejorar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales. Construir una ciudadanía global comprometida con el desarrollo.
	Prevención de conflictos.	Prevención de los conflictos y construcción de la paz.	Construcción de la Paz.	Responder a las crisis humanitarias con calidad.

Tabla 9. Prioridades Sectoriales establecidas en los Planes Directores de Cooperación Española. Fuente: Elaboración propia.

VIII.2. PRIORIDADES GEOGRÁFICAS ESTABLECIDAS EN LOS PLANES DIRECTORES CUATRIENALES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA.

La Ley 23/1998, de 7 de julio³⁰⁶, de Cooperación Internacional para el Desarrollo establece en sus artículos 5 y 6 las prioridades geográficas en la ejecución de esta política. Establece que la ayuda responderá a los objetivos de la política exterior del Estado y que se dirigirá con especial atención a los países menos desarrollados económica y socialmente, y, dentro de éstos, a los sectores más desfavorecidos, detallando que serán áreas geográficas de actuación preferente los países de Iberoamérica, los países árabes del Norte de África y de Oriente Medio, así como aquellos otros de menor desarrollo con los que España mantenga especiales vínculos de carácter histórico y cultural.

Así mismo, la cooperación española podrá actuar de manera selectiva en otros países que, cumpliendo los requisitos necesarios para ser receptores de ayuda oficial al desarrollo, requieran la ayuda española tanto reembolsable como no reembolsable.

La definición de estas prioridades, han sido establecidas periódicamente en los sucesivos Planes Directores cuatrienales, respondiendo a los objetivos de la política exterior del Estado.

VIII.2.1 PLAN DIRECTOR 2001-2004

En el Plan Director 2001-2004 de Cooperación Española España estableció orientar sus recursos allí donde pudiera ser más efectivo y beneficioso el impacto de la AOD, teniendo en cuenta que la responsabilidad como donantes aumenta con el nivel de vinculación histórica y cultural a determinadas áreas.

Las estrategias españolas incorporarán como elementos de partida las propias estrategias nacionales de desarrollo y la necesidad de coordinación con otros donantes.

³⁰⁶ *Loc. cit.* en nota (165).

El Plan Director distingue entre los países prioritarios para la cooperación española, los países en conflicto o en reconstrucción con dos grandes ejes formados por Colombia y los Balcanes, las regiones prioritarias mencionadas en la Ley de Cooperación y el resto de los países en desarrollo, especialmente los menos adelantados.

ÁREA GEOGRÁFICA	PAÍSES PROGRAMAS
IBEROAMÉRICA	Los países que tenían la consideración de países programa fueron: <ul style="list-style-type: none"> - en América Central: El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. - en el Caribe: la República Dominicana y Cuba. - en América del Sur: Colombia, Bolivia, Ecuador, Perú y Paraguay.
MAGREB	Los países programa en la zona fueron Marruecos, Mauritania, Túnez, Argelia y Población Saharaui.
ORIENTE MEDIO	El países programa fueron los Territorios Palestinos y sus países limítrofes, Jordania, Líbano y Egipto.
AFRICA SUBSAHARIANA	En África se priorizaba en torno a dos regiones: <ul style="list-style-type: none"> - África Central; donde los países programas eran: Senegal, Cabo Verde, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial y Santo Tomé. - África Austral; donde los países programas incluían los principales receptores de nuestra ayuda, Mozambique, Angola y Namibia. Sudáfrica fue considerado país en transición.
ASIA	La cooperación centró sus programas en Filipinas, China y Vietnam.
EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL	En los Balcanes, los países programas fueron: Bosnia y Herzegovina, Albania y República Federal de Yugoslavia.

Tabla 10. Áreas geográficas y países programas establecidos en el Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004. Fuente: Elaboración propia.

VIII.2.2 PLAN DIRECTOR 2005-2008

En el Plan Director 2005-2008 de Cooperación Española España se establecieron tres categorías de áreas geográficas y países de actuación: prioritarios, con atención especial, y preferentes.

1. Países prioritarios

Aquellos en los que se concentra el mayor volumen de recursos de la Cooperación Española. Se tendía a que las áreas y países prioritarios recibieran hasta el 70% de la AOD bilateral española.

ÁREAS Y PAÍSES PRIORITARIOS	
LATINOAMÉRICA	Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Haití, República Dominicana, Paraguay, Bolivia, Perú y Ecuador.
MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	Argelia, Marruecos, Mauritania, Túnez, Población Saharaui y Territorios Palestinos.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	Mozambique, Angola, Namibia, Senegal y Cabo Verde.
ASIA Y PACÍFICO	Filipinas y Vietnam.

Tabla 11. Áreas geográficas y países prioritarios establecidos en el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Fuente: Elaboración propia.

2. Países con atención especial

Esta clasificación reúne a países o regiones que se encontraban en circunstancias especiales: por la necesidad de prevenir conflictos o contribuir a la construcción de la paz; por la debilidad del respeto a los Derechos humanos y del sistema democrático y por crisis derivadas de desastres naturales, o crisis financieras y sociales que generaban un impacto perceptible en la estabilización o incremento de niveles de pobreza en los sectores más desfavorecidos de la población.

PAÍSES CON ATENCIÓN ESPECIAL	
LATINOAMÉRICA	Cuba y Colombia.
ORIENTE MEDIO	Irak, Líbano y Siria.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	R. D. Congo, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Sudán y Guinea Bissau.
ASIA Y PACÍFICO	Timor Oriental, Afganistán, Camboya, Países del Sureste Asiático que habían padecido las consecuencias del maremoto de 2004.
EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL	Bosnia y Herzegovina y Albania.

Tabla 12. Áreas geográficas y países con atención especial establecidos en el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Fuente: Elaboración propia.

3. Países preferentes

En esta categoría se incluían los países de áreas geográficas preferentes no incluidos entre los prioritarios, y los países grandes y/o no dependientes de la ayuda, así como aquellos en los que existían sectores de la población en condiciones de bajo desarrollo económico y social.

PAÍSES PREFERENTES	
LATINOAMÉRICA	Costa Rica, Brasil, Méjico, Chile, Venezuela, Panamá, Argentina y Uruguay.
MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	Egipto y Jordania.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	Santo Tomé y Príncipe y Sudáfrica.
ASIA Y PACÍFICO	Bangladesh y China.
EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL	Países de renta media baja candidatos a la adhesión a la UE y países que pudieran precisar ayuda puntual en el marco del Pacto de Estabilidad para el Sudeste de Europa.

Tabla 13. Áreas geográficas y países preferentes establecidos en el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Fuente: Elaboración propia.

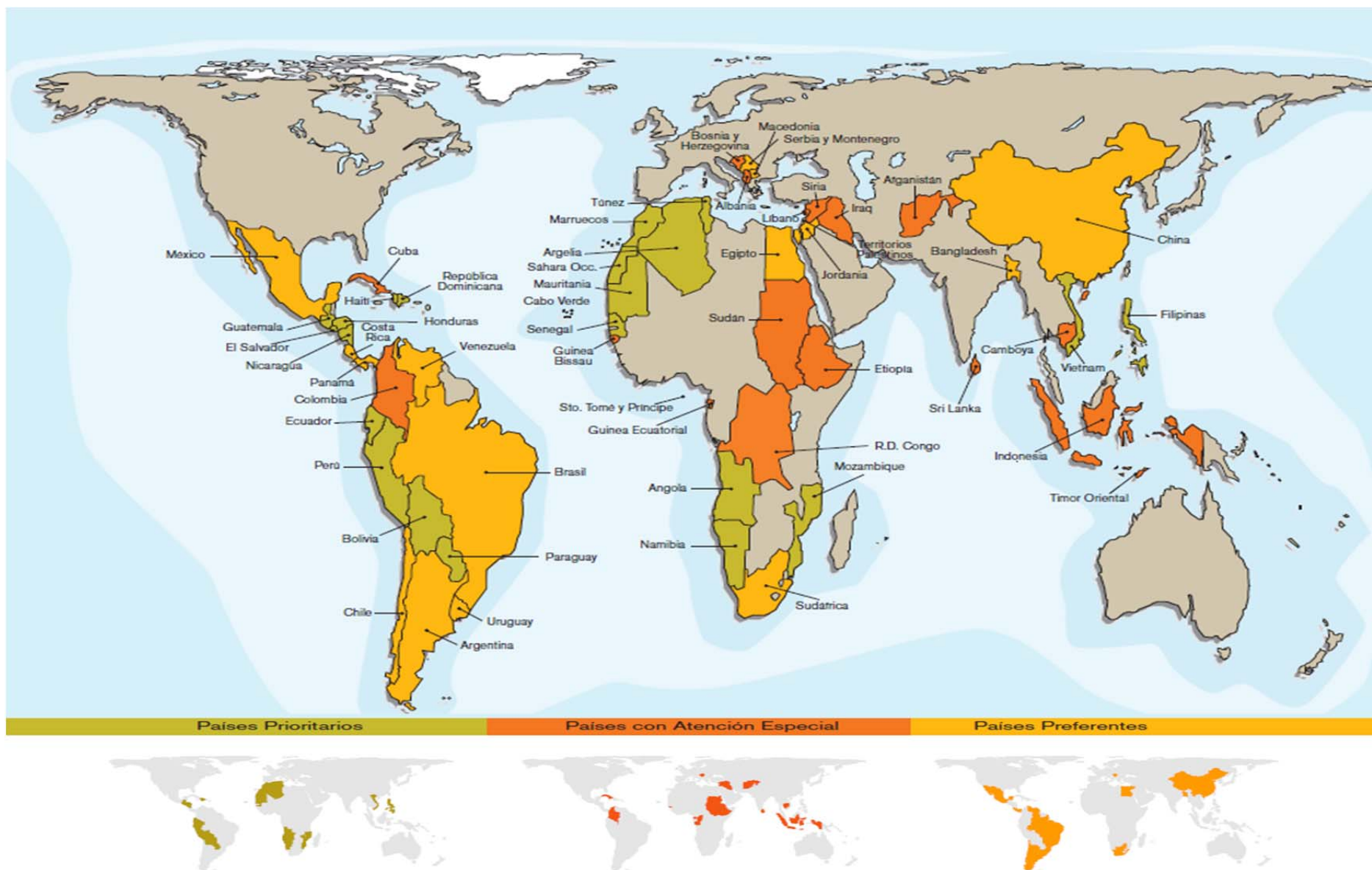


Figura 15: Mapa de la Cooperación Española establecida en el Plan Director 2005-2008. Fuente: Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008.

VIII.2.3 PLAN DIRECTOR 2009-2012

Las prioridades geográficas del tercer Plan Director de la Cooperación Española respondían a su objetivo general: contribuir a la erradicación de la pobreza y al desarrollo humano sostenible desde un enfoque de derechos. Recogían los compromisos internacionales asumidos por España y tenían como referencias fundamentales los ODM, la agenda internacional de eficacia de la ayuda y las recomendaciones del CAD de la OCDE.

Diferenciaron las prioridades en tres grupos:

1. Grupo A: Asociación amplia

Esta categoría incluía los países menos adelantados (PMA), Países de Bajo Ingreso (PBI) o Países de Renta Media Baja (PRMB), en los que el programa de la Cooperación Española tenía oportunidades de establecer una asociación a largo plazo eficaz, que permitiera la canalización de elevados volúmenes de AOD y el uso de un amplio espectro de instrumentos.

GRUPO A: ASOCIACIÓN AMPLIA	
LATINOAMÉRICA	Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Haití, Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y República Dominicana.
MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	Marruecos, Mauritania, Argelia, Territorios Palestinos y Población Saharaui.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	Etiopía, Mali, Mozambique, Senegal, Cabo Verde y Níger.
ASIA Y PACÍFICO	Filipinas y Vietnam.

Tabla 14. Áreas geográficas. Grupo A establecidas en el Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. Fuente: Elaboración propia.

2. Grupo B: Asociación focalizada

Esta categoría incluía países en los que, por su potencial como socio de desarrollo, por las oportunidades de armonización, coordinación y

complementariedad, o debido a la estructura de la Cooperación Española en el país, el programa de cooperación no permitía una asociación del tipo A y aumentaba su impacto en desarrollo si se centraba en un único sector clave o en más de uno pero bajo un único enfoque.

GRUPO B: ASOCIACIÓN FOCALIZADA	
LATINOAMÉRICA	Colombia.
ORIENTE MEDIO	Irak y Líbano.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	Guinea Ecuatorial, Sudán, Guinea Bissau, Gambia, Angola, R. D. Congo y Guinea Conakry.
ASIA Y PACÍFICO	Timor Oriental, Afganistán, Camboya y Bangladesh.

Tabla 15. Áreas geográficas. Grupo B establecidas en el Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. Fuente: Elaboración propia.

3. Grupo C: Asociación para la consolidación de los logros de desarrollo

Esta categoría incluía países de renta media (PRM) con mayor grado de desarrollo en los que la presencia de la Cooperación Española y el potencial del país como socio de desarrollo permitían el establecimiento de estrategias de asociación concretas, recogidas como compromisos en la agenda internacional de eficacia.

GRUPO C: ASOCIACIÓN PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LOS LOGROS DE DESARROLLO	
LATINOAMÉRICA	Costa Rica, Brasil, Méjico, Venezuela, Panamá, Argentina, Uruguay y Cuba.
MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	Siria, Túnez, Egipto y Jordania.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	Namibia.

Tabla 16. Áreas geográficas. Grupo C establecidas en el Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. Fuente: Elaboración propia.

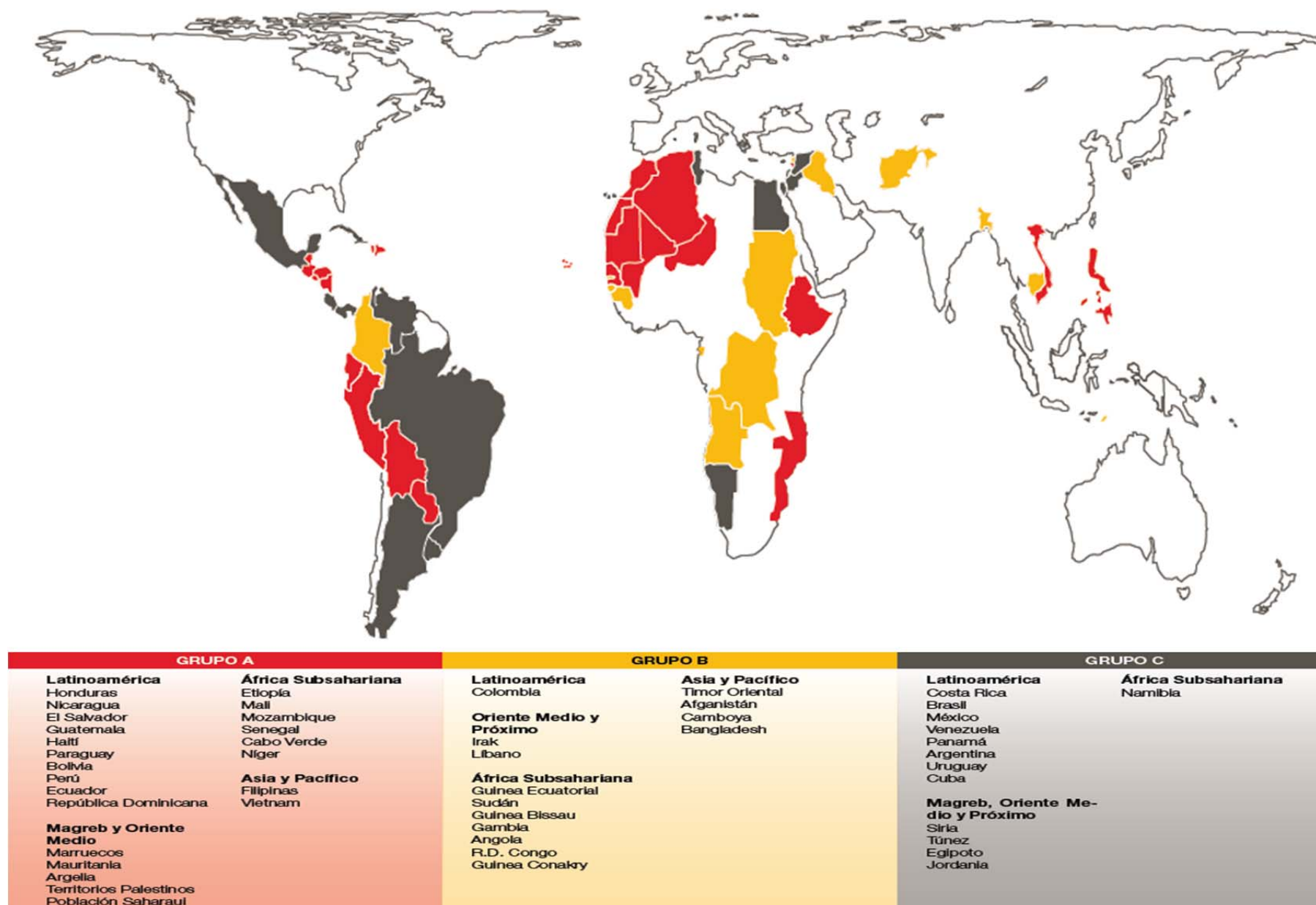


Figura 16: Mapa de la Cooperación Española establecida en el Plan Director 2009-2012. Fuente: Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. 298

VIII.2.4 PLAN DIRECTOR 2013-2016

Actualmente el Plan Director de la Cooperación Española ha concentrado mucho más sus esfuerzos limitando a un máximo de 23 Países de Asociación (PA) sus prioridades geográficas:

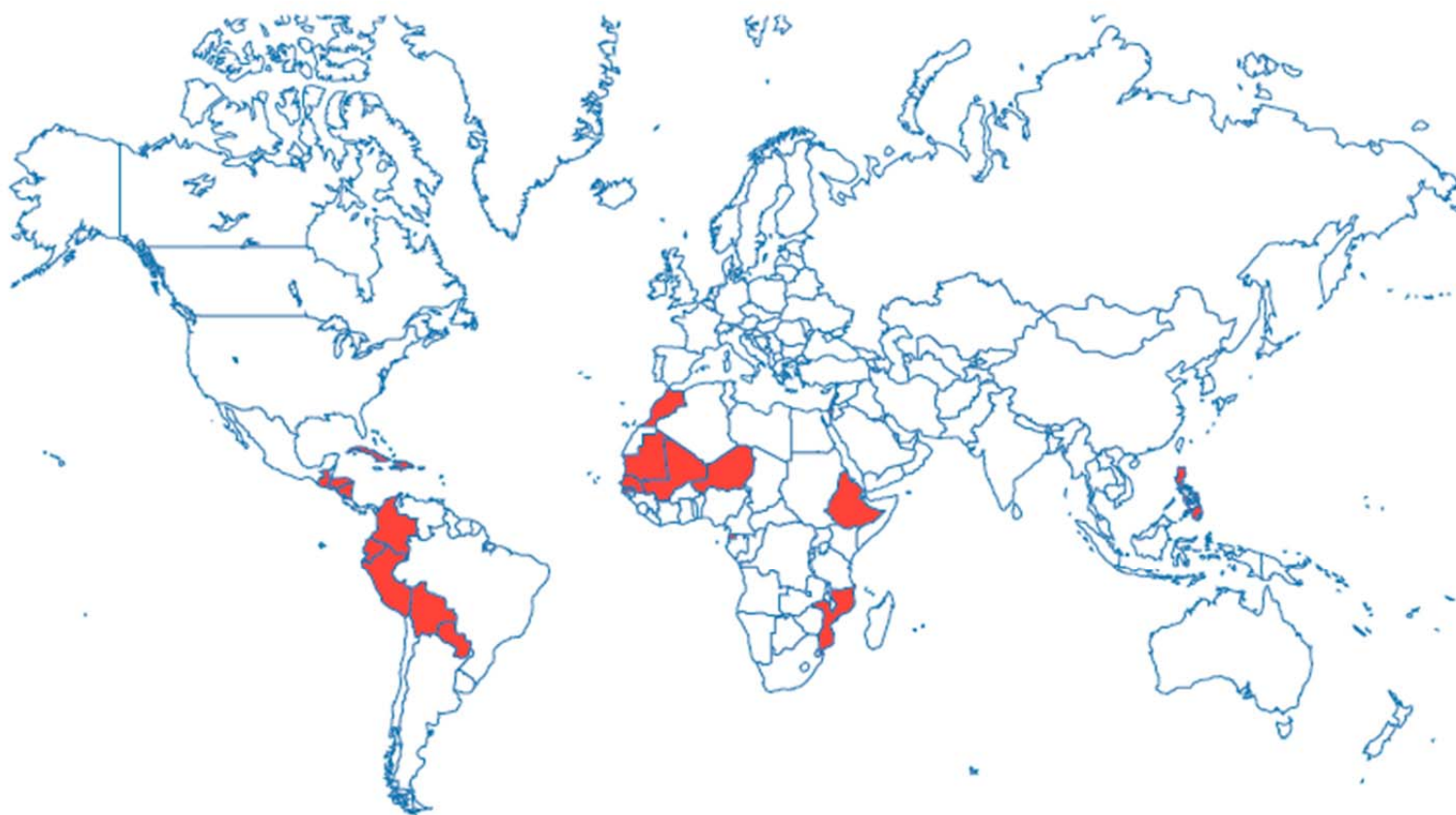
AMÉRICA LATINA Y CARIBE	Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.
NORTE DE ÁFRICA Y ORIENTE PRÓXIMO	Mauritania, Marruecos, Población Saharaui y Territorios Palestinos.
ÁFRICA SUBSAHARIANA OCCIDENTAL	Mali, Níger y Senegal.
ÁFRICA CENTRAL, ORIENTAL Y AUSTRAL	Etiopia, Guinea Ecuatorial y Mozambique.
ASIA	Filipinas.

Tabla 17. Áreas geográficas establecidas en el Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016. Fuente: Elaboración propia.

Esta ayuda se va a focalizar principalmente en países de renta media en América Latina y el Caribe y en el Norte de África y Oriente Próximo, y de renta baja en África Subsahariana.

En los próximos 4 años la Cooperación Española habrá cerrado o rediseñado 29 programas país tal y como existen actualmente:

- 8 en América Latina y Caribe: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela.
- 9 en África Subsahariana: Angola, Cabo Verde, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Namibia, RD Congo, Sudán y Sudán del Sur.
- 7 en Norte de África y Oriente Próximo: Argelia, Egipto, Irak, Jordania, Líbano, Siria y Túnez.
- 5 en Asia: Afganistán, Bangladesh, Camboya, Timor-Este y Vietnam.



- **América Latina y Caribe:** Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana
- **Norte de África y Oriente Próximo:** Mauritania, Marruecos, Población Saharaui y Territorios Palestinos
- **África Subsahariana:** Mali, Níger, Senegal, Etiopía, Guinea Ecuatorial y Mozambique
- **Asia:** Filipinas

VIII.3. EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN DE LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO ESPAÑOLA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

A partir de la promulgación de la Ley 23/1998, de 7 de julio³⁰⁷, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, las Comunidades Autónomas empezaron a desarrollar leyes internas relativas a este tema.

La aparición de estas leyes en cada Comunidad Autónoma se ha ido estableciendo en función de las necesidades y del desarrollo interno de cada una de ellas en esta temática de cooperación. A día de hoy, solo las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla no presentan aún una política de Cooperación al Desarrollo basada en una ley propia.

A continuación se muestra el año en que apareció por primera vez una Ley de Cooperación al Desarrollo en cada una de las Comunidades Autónomas:

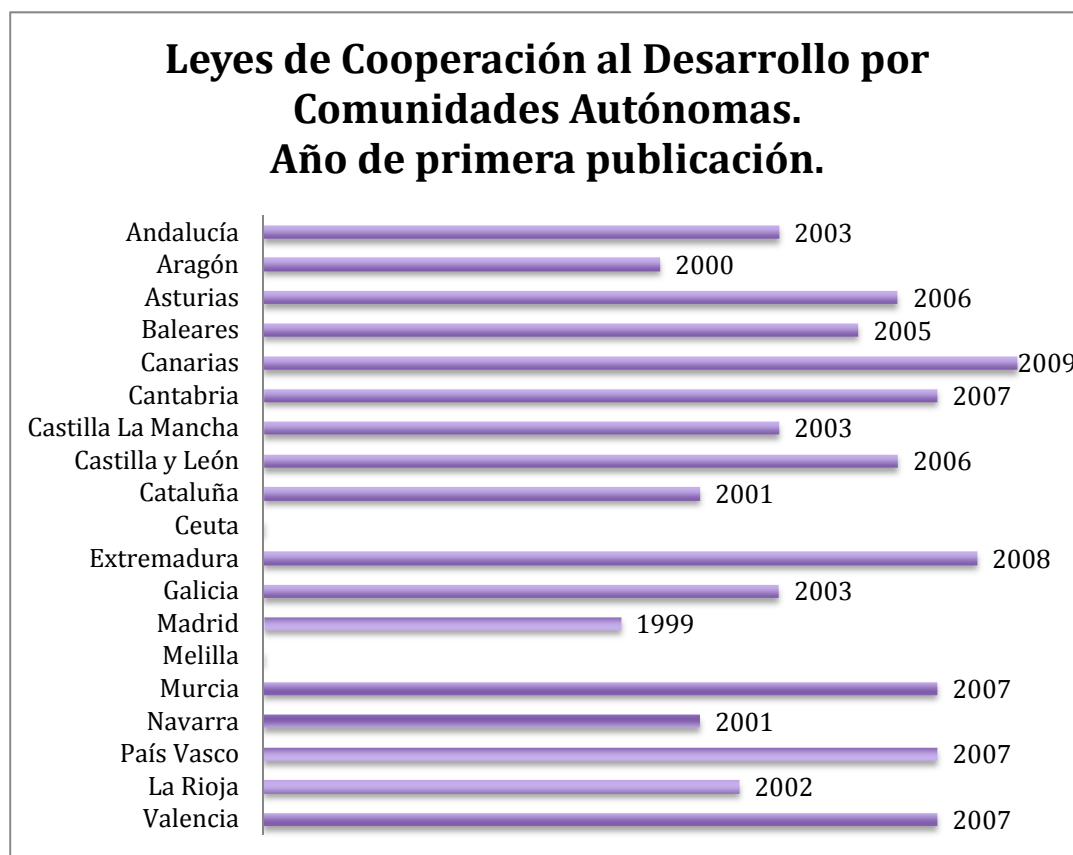


Gráfico 7. Publicación de las disposiciones con rango de ley en materia de Cooperación al Desarrollo por Comunidades Autónomas. Fuente: Elaboración propia.

³⁰⁷ Loc. cit. en nota (165).

VIII.4. ACCIONES SOCIALES, SANITARIAS Y DE MEDICAMENTOS EN PARTICULAR.

Desde España, y desde el sector farmacéutico especialmente se ha contribuido con acciones concretas o combinadas para la donación de medicamentos, y en ocasiones con una denominación particular, así por ejemplo:

AÑO	EMPRESA / INSTITUCIÓN	ACCIÓN
2004-2010	ONG Farmamundi en colaboración con el Ministerio de Salud de Nicaragua	Creación de una red de farmacias complementarias al sistema de salud en Nicaragua. Programa para conseguir la optimización de sus medios.
2006-2015	Lilly	Programa “Transfiriendo Esperanza”. Objetivo: Facilitar tratamiento contra la tuberculosis multirresistente a 1,6 millones de pacientes destinando 135 millones de dólares en donaciones, medicamentos y tecnología para mejorar la atención en esta enfermedad.
2007	Sanofi Pasteur	Dona 60 millones de dosis de la vacuna H5N1 (gripe aviar) a la OMS.
2007	ONG Farmamundi	Mejorar el acceso a los medicamentos, fomentar la educación para la salud y conseguir un aumento en la cobertura de acceso al agua potable y saneamientos en Sudamérica y en la R.D. del Congo con más de 2 millones de euros.
2007	Fundación Clinton en colaboración con las compañías indias de genéricos Cipla y Matriz	Creación de la iniciativa “Fiebre amarilla” que con un presupuesto de 42 millones de euros facilitó el acceso a vacunas para niños en los países más pobres.
2007-2008	Pfizer en colaboración con la Agencia Española de Urología	I Proyecto de Cooperación Humanitaria con Bolivia para la asistencia sanitaria de más de 500 pacientes con patologías urológicas.
2008	FDA (Food & Drug Administration) en colaboración con el Departamento de Salud Humana de Estados Unidos	Plan de Emergencia de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria en el Tercer Mundo. Se aprobaron 75 genéricos antirretrovirales para ayudar a más de 1.7 millones de personas en el mundo, la mayoría del África Subsahariana.

2008	IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufactures & Associations)	<p>Ayuda a víctimas de los desastres naturales de Myanmar y China con 17 millones de dólares en medicamentos y dinero. Los grandes laboratorios que realizaron las donaciones fueron: Abbott, Amgen, Astellas, AstraZeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Eisai, GlaxoSmithKline, Johnson&Johnson, Lilly, Merck & Co., Inc., Merck KGaA, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Roche, Sanofi Aventis, Schering-Plough y Wyeth.</p> <p>Las entidades que colaboraron fueron: Americares, CARE, la Fundación China de la Caridad, la Red de Cultura China, el Ministerio de Sanidad chino, Direct Relief International, Heart to Heart International, la Federación Japonesa de Organizaciones Económicas, Mercy Corps, Cruz Roja, Proyecto HOPE, Save the Children, Sinopharm, UNICEF y World Vision.</p>
2009	ONG Farmamundi. Cofinanciado por la Generalitat Valenciana y el Ayuntamiento de Barcelona.	Programa “Una tortura que no termina con la violación”. Prevención y asistencia a mujeres víctimas de violencia sexual.
2009	Área logística humanitaria de Farmamundi financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la Generalitat Valenciana, l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament, la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la Axencia Humanitaria de Galicia, el Ayuntamiento de Barcelona y el Fondo de Ayuda Humanitaria y de Emergencia de Farmamundi.	<p>Suministro de medicamentos esenciales y tratamientos para la malnutrición infantil en campos de refugiados saharauis. Envío de 12 toneladas de ayuda humanitaria y 10 toneladas de medicamentos esenciales para ayudar a la población afectada por la guerra de Gaza del año 2009.</p> <p>Atención a la emergencia en México por el brote de gripe A con el envío de más de 200.000 mascarillas y gafas protectoras.</p> <p>Envío de medicamentos y material sanitario a más de 50 países entre los que destacan Honduras, Sudán, R.D. del Congo y Kenya.</p>

2009	Merck y Qiagen	Aumentar el acceso a la vacuna y a la prueba de detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) en algunas de las zonas más desfavorecidas del planeta mediante la donación de 5 millones de vacunas y 1,5 millones de test.
2010	Lilly	Donación de 11.500 euros a la Operación Asha, una ONG que lucha contra la tuberculosis multirresistente en la India ayudando a más de 800 pacientes durante un año.
2010	GlaxoSmithKline en colaboración con la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización.	Donación de 300 millones de dosis de la vacuna Synflorix (vacuna contra la enfermedad neumocócica invasora) durante un plazo de 10 años. El acuerdo ha sido financiado por 5 países, Reino Unido, Canadá, Rusia, Noruega e Italia y por la Fundación Bill y Melinda Gates.
2010	Novartis, Bayer, Stada, Grupo cooperativo Farmanova en colaboración con Cofares y varios Colegios Oficiales	Donación de dinero y medicamentos para ayudar a los damnificados por el terremoto de Haití. Novartis donó 1,7 millones de euros en ayuda inmediata de emergencia, Bayer aportó medicamentos por valor de 90.000 euros y Stada donó 2,6 millones de paracetamol para tratar a los heridos. Desde el punto de vista de distribución, el Grupo Cooperativo Farmanova realizó una donación económica y Cofares envió 200 kilos de material de cura, tres palés de medicamentos y alimentación. Asimismo, Cofares también envió antibióticos, antidiarreicos, antiinflamatorios y analgésicos y colaboró con una red asistencial de botiquines con Farmacéuticos Sin Fronteras.
2010	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos	En colaboración con Haití Siglo XXI. Proyecto "La salud como derecho, no como privilegio". Proyecto para la construcción de un centro de salud/dispensario en Village Noé, Haití. En colaboración con la Fundación El Alto. Proyecto "Construcción de un laboratorio de formulación magistral en el Hospital de Saint Joseph de Bebedjia, El Chad". En colaboración con Farmacéuticos Sin Fronteras de España. Proyecto "Implementación de una farmacia en el Hospital Hassani-Nador, Marruecos". En colaboración con la Fundación Madre Coraje. Proyecto "Implementación de dos centros de salud de Perú con medicinas y equipos médicos para el mejoramiento de la atención médico en cirugía y oftalmología".

2010	ONG Farmamundi	Intervención Post-emergencia. Atención primaria, creación de botiquines con fármacos esenciales y abastecimiento de agua potable para los damnificados por el terremoto de Haití.
2010	Área Logística Humanitaria de Farmamundi	Suministro de pruebas diagnósticas rápidas que no requieren cadena de frío para test de VIH, malaria y sífilis para su uso por auxiliares comunitarios en Guinea Ecuatorial.
2011	Sanitas	Proyecto “Pasillo Verde Nador” ofreciendo tratamientos médicos a bebés y niños de familias sin recursos de Marruecos.
2011	GlaxoSmithKline	Trabaja en el acceso a los medicamentos reduciendo el precio de sus fármacos a una cuarta parte en los países menos desarrollados. Se ha comprometido a fijar de forma responsable el precio de su vacuna contra la malaria para que sea accesible.
2012	Bristol Myers Squibb	Iniciativa “Delivering Hope” con más de 10 años en marcha y 9 millones de dólares invertidos presta, entre otras cosas, ayuda para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis B y C en China e India. Las ayudas están destinadas a organizaciones como autoridades sanitarias nacionales y regionales y ONG.
2012	Kern Pharma	Envío de dosis de haloperidol 10 mg para el tratamiento la esquizofrenia o psicosis aguda crónica en 50 pacientes durante 6 meses en la localidad de Makeni, Sierra Leona.
2013	Kern Pharma	Donación de lotes de fármacos y OTC de primera necesidad como ibuprofeno y paracetamol, alcohol, agua oxigenada o repelentes para piojos e insectos. Proyecto realizado en Honduras con 18.400 euros de presupuesto.
2013	La Diputación de Ciudad Real y los Colegios Oficiales de Enfermeros, Médicos y Farmacéuticos	Campaña de donación de medicamentos y productos sanitarios para ayudar a los campamentos de refugiados de Tinduf, en el Sáhara.

2013	ONG Vasca DYA y Farmamundi	Envío de material sanitario a Filipinas para paliar las necesidades urgentes surgidas por el tifón Yolanda. Se enviaron 1,5 toneladas de material sanitario, un kit de emergencia para atender a más de 10.000 personas durante tres meses, dos kits de pediatría, uno de obstetricia, tres de traumatología y uno para asistencia a crónicos.
2013	Farmacéuticos Sin Fronteras	<p>Proyecto en Perú: "Implementación de una red de asistencia farmacéutica en Huancavelica".</p> <p>Proyecto en India: "Apoyo a un programa de nutrición y profilaxis malárica en comunidades de Kandhamal".</p> <p>Proyecto en El Salvador: "Mejora del servicio del Centro de Salud Padre Arrupe".</p> <p>Proyecto en Mozambique: "Fortalecimiento de la farmacia de Sao Carlos Lwanga, perteneciente a la diócesis de Pemba".</p> <p>Proyecto en Ecuador: "Fortalecimiento de los sistemas de aguas de Flor del Salto y la Crucita y fortalecimiento de la Red de Asistencia".</p> <p>Proyecto en India: "Mejora de los servicios del Centro de Acogida para niños en Bhubaneswar, capital de Orissa".</p> <p>Proyecto en República Dominicana: "Implementación de una red de Asistencia Farmacéutica en Villa Altagracia en San Cristóbal".</p> <p>Proyecto en Santo Tomé y Príncipe: "Identificación y evaluación de las fuentes de agua para el consumo humano de la isla de Príncipe".</p>

Actualmente, durante el año 2014 Farmamundi está llevando a cabo una serie de proyectos, entre ellos se encuentran:

- un seminario semipresencial sobre "Salud y acceso a los medicamentos esenciales: un enfoque global" a fin de mejorar el conocimiento de los farmacéuticos acerca de la salud en la cooperación al desarrollo y su acceso socio-cultural y geográfico así cómo sobre el acceso, calidad y uso racional de los medicamentos en los países empobrecidos.

- dos intervenciones urgentes para atender las necesidades de las poblaciones desplazadas en los campos de Yarmouk, en Siria; y en Kakuma, en Kenia, en este último lugar para intentar combatir la epidemia de poliomelitis.

Farmacéuticos sin fronteras, a través de su programa Banco de Medicamentos, con la colaboración del Ayuntamiento de El Ejido (Almería), ha hecho entrega durante este año de 300.000 cajas de medicamentos destinados a cubrir las necesidades sanitarias en Irak y Nicaragua en el marco de los proyectos humanitarios desarrollados por Mensajeros de la Paz y la Fundación Francisco Navarrete.

Novaltia, en colaboración con la Almazara Molino Alfonso, ha hecho entrega a Farmamundi de 1.468 euros destinados al Fondo de Ayuda Humanitaria y de Emergencias de Farmamundi.

Kern Pharma, en colaboración con la ONG catalana Medicaments Solidaris, ha donado medicamentos a varios lugares de África en 2014: 276 unidades de fármacos como paracetamol, azitromicina y claritromicina a Burkina Faso destinados al centro de salud para la promoción social ubicado en la localidad de Guiba.

Y estos son solo algunos ejemplos de acciones concretas o combinadas para la donación, no solo de medicamentos sino también de ayuda y atención sanitaria que se llevan a cabo cada día en nuestro país.

CAPÍTULO IX CONCLUSIONES

1. A pesar de todos los progresos técnicos y de los esfuerzos hasta ahora desplegados debemos tener claro que la responsabilidad y la implicación respecto a la donación de medicamentos son procesos colectivos que requieren una participación activa tanto de los gobiernos, como de los diferentes organismos, gubernamentales y no gubernamentales; y de la población civil requiriendo una participación más activa de los profesionales sanitarios y en particular de los farmacéuticos tanto en la manera sistemática de abordar los problemas como en la decisión de las consecuencias, pues de ello depende la vida de millones de personas.

2. Si fue la Organización Mundial de la Salud la que impulsó por primera vez el desarrollo de una atención sanitaria global mediante estrategias puestas en marcha desde el año 1977 sobre selección de medicamentos esenciales destinados a la ayuda humanitaria, han sido las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio de 2000 las que han contemplado, entre los Objetivos del Desarrollo del Milenio, la opción de fomentar una Alianza Mundial de Desarrollo para hacer posible en el año 2015 un acceso global de los medicamentos esenciales a los países en desarrollo a precios asequibles y contando con la cooperación de las empresas farmacéuticas y sectores privados.

3. La intervención del Reino de España en la Cooperación al Desarrollo no ha sido posible sino a partir del año 1981, momento en que dejó de ser considerado como país receptor de ayuda humanitaria para seguir el marco europeo, iniciando en los años 80 del siglo pasado diferentes acciones de Cooperación Internacional al Desarrollo que se consolidaron con la promulgación de la Ley 23/1998, de 7 de julio y las diferentes disposiciones adoptadas en el ámbito autonómico desde los años 90. Si bien es cierto que España ha sufrido un recorte entre 2009 y 2014 que asciende al 90%, pasando de 465 millones de euros a menos de 50.

4. Las acciones humanitarias realizadas en favor de la salud pública, y en particular la donación de medicamentos y la cooperación al desarrollo, requieren el respeto a los derechos humanos y un marco jurídico concreto para llevarlas a cabo, involucrando tanto a países pobres como a aquellos que padecen guerras, a los que han sufrido desastres naturales, hambrunas, crisis humanas debidas a pandemias, a aquellos que padecen de falta de acceso a medicamentos esenciales e incluso hoy en día a aquellos que soportan una crisis económica.

5. La donación de medicamentos, al objeto de alcanzar su eficacia, requiere que se cumplan una serie de normas deontológicas y éticas como son las Directrices sobre Donativos Farmacéuticos y los Principios de Buenas Prácticas de la Donación Humanitaria por parte de las Administraciones Públicas así como los Códigos de Conducta por parte de las organizaciones no gubernamentales y los principios de Responsabilidad Social Corporativa por parte del sector farmacéutico.

SEXTA PARTE:
BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO X FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

X.1 FUENTES

X.1.1 FUENTES DOCUMENTALES

- AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
<https://labofar.aemps.es>
- AGUIRRE, O. (2009) Esenciales para la vida. Jornadas sobre la problemática del acceso a medicamentos esenciales y posibles soluciones. 1ª Edición. Valencia. Farmacéuticos Mundi.
- ARIAS, M. (2008) La buena donación humanitaria. Madrid. Intermón Oxfam.
- BUADES MARTINEZ, E. (2011) Tipos de Entidades u ONG que se pueden constituir. Valencia. Caja Mediterráneo. Obra Social.
- CARTA AFRICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS Y DE LOS PUEBLOS. (1981) Aprobada el 27 de julio de 1981 durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana. Nairobi (Kenya).
- CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2000/C 364/01) Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 18-12-2000 C364/1.
- COMITÉ DE ENLACE ONGD-UE. (1997) Carta de las ONG. Principios básicos de las ONG de Desarrollo y Ayuda Humanitaria en la Unión Europea. Bruselas.
- COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. (1995) Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y las ONG. Disponible en <http://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/codigo-de-conducta.pdf>
- COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. Comunicado de prensa. Damasco/Ginebra, declaración conjunta (SARC/FICR/CICR). 14-03-2014.

- CONSEJO DE EUROPA. Estrasburgo (1961). Carta Social Europea. Turín (Italia).
- CONSEJO HOLANDÉS DE ASESORAMIENTO DE CUESTIONES INTERNACIONALES (1998). Universalidad de los derechos humanos y diversidad cultural. La Haya.
- CONSEJO MUNDIAL DE IGLESIAS. (1998). Normas Directrices para Donantes y Beneficiarios de Donaciones Farmacéuticas. Ginebra. Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de Iglesias.
- CONVENIO ADUANERO A.T.A. de Admisión Temporal de Mercancías. Firmado el 6 de diciembre de 1961.
- CONVENIO DE ESTAMBUL relativo a la Importación Temporal de Mercancías. Adoptado por el Consejo de Cooperación Aduanera (hoy Organización Mundial de Aduanas) el 26 de junio de 1990.
- CONVENIO DE TAMPERE sobre el Suministro de Recursos de Telecomunicaciones para la Mitigación de Catástrofes y las Operaciones de Socorro en casos de Catástrofe. Aprobada el 10 de noviembre de 1998.
- CONVENIO INTERNACIONAL sobre SIMPLIFICACIÓN y ARMONIZACIÓN de RÉGIMENES ADUANEROS (1974). Kyoto (Japón).
- COORDINADORA DE ONG PARA EL DESARROLLO ESPAÑA. (1989) Código de Conducta sobre imágenes y mensajes a propósito del Tercer Mundo. Bruselas.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes de Hombre. (1948) Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá (Colombia).
- DECLARACIÓN DE PARÍS sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005) Segundo foro de alto nivel, París (Francia).
- DECLARACIÓN DE ROMA sobre la armonización (2003) Primer foro de alto nivel, Roma (Italia).
- ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EUROPEA (2003). Bruselas (Bélgica).
- FARMACÉUTICOS MUNDI, CRUZ ROJA Y MEDICUS MUNDI CATALUÑA. (2005) Medicamentos que no curan. Valencia.

- FARMACÉUTICOS MUNDI, CRUZ ROJA Y MEDICUS MUNDI CATALUÑA. (2006) Medicamentos que no curan II. Sevilla.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. (1997) Acuerdo sobre la Organización de las Actividades Internacionales de los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. Sevilla.
- FONSECA, F. (2012) ¡Felicidades! Es usted Premio Nobel de la Paz. Asuntos Institucionales. Comisión Europea. Representación en España.
- INICIATIVA SABER DONAR. (2008) Recomendaciones para Autoridades. Disponible en www.saberdonar.org.
- INICIATIVA SABER DONAR. (2008) Recomendaciones para Medios de Comunicación. Disponible en www.saberdonar.org.
- INICIATIVA SABER DONAR. (2008). Recomendaciones generales. Disponible en www.saberdonar.org.
- Letter for Birmingham Jail. (1963) Carta escrita por Martin Luther King Jr. Alabama (Estados Unidos).
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN. (2007) Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española para el Desarrollo. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN. (2013) España y la Unión Europea. Madrid. Gobierno de España.
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN. Gobierno de España. (2013) Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016. Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. (2005). Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Madrid. Gobierno de España.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2013) Instrucciones para las exportaciones de medicamentos en concepto de donaciones humanitarias. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (OECD). (1992) Arrangement on Guidelines for Officially Supported Export Credits. Helsinki.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1948) Convención para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 260 A (III), de 9 de diciembre de 1948.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1950) Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. Adoptada el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el estatuto de los refugiados y de los apátridas (Naciones Unidas), convocada por la Asamblea General en su resolución 429 (V), de 14 de diciembre de 1950.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1966) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1967) Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados. Firmado en Nueva York el 31 de enero de 1967.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180 de 18 de diciembre de 1979.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1984) Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984.

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1991) Resolución 46/182, de 19 de diciembre de 1991, A/RES/46/182, sobre Fortalecimiento de la Coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia del Sistema de la Naciones Unidas Resolución aprobada por la Asamblea General durante su cuadragésimo sexto periodo de sesiones.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1998) Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización. A/53/1 Cap. V Párrafo 174.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2000) Informe Brahimi de 13 de noviembre de 2000. Informe del Grupo de Trabajo de Mantenimiento de la Paz (ONU/Eskinder Debebe) sobre las Operaciones de Paz de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2004) Carta de las Naciones Unidas. Firmada en San Francisco el 26 de junio de 1945, entrada en vigor el 24 de octubre de 1945. Organización de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2005) Marco de acción de Hyogo para 2005-2015. Aprobado en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres celebrada en Kobe, Hyogo (Japón), del 18 al 22 de enero de 2005. (A/CONF.206/6)
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2005) Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de septiembre de 2005. A/RES/60/1. Distribución general 8ª sesión plenaria 24-10-2005.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2011) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III). 10 de Diciembre de 1948. París, Organización de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención sobre los derechos del niño. Resolución de la Asamblea General 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
- ORGANIZACIÓN DEL TRATADO DEL ATLÁNTICO NORTE. (1949) Tratado del Atlántico Norte. Firmado en Washington el 04 de abril de 1949.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). Guía de la OMS sobre los Requisitos de las Prácticas Adecuadas de Fabricación. (PAF). Ginebra. OMS (WHO/VSQ/97.01 y 97.02)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992) Aplicación de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos: Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1996). Directrices sobre Donativos de Medicamentos. Ginebra. OMS (WHO/DAP/96.2)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1997). Uso de Medicamentos Esenciales: séptimo informe de Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos No. 867. Ginebra. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998) El nuevo botiquín de urgencia 98. Medicamentos y material médico para 10.000 personas y aproximadamente 3 meses. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1999) Estrategias para mejorar la eficacia de los donativos de medicamentos. Boletín de medicamentos esenciales. Nº 27. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, p.27.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1999). Directrices sobre Donativos de Medicamentos. Revisión 1999. Ginebra. OMS (WHO/EDM/PAR/99.4)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001) Boletín de medicamentos esenciales. Nº 30. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002) Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. 2ª Edición. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003) Boletín de medicamentos esenciales. Nº 32. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003) Medicamentos esenciales y políticas farmacéuticas: Ayuda a los países para acortar las diferencias de acceso a medicamentos. Ginebra. Informe anual 2002.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2004) Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. En *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). El nuevo botiquín de urgencia. Lista de medicamentos y material médico para 10.000 personas y aproximadamente 3 meses. Ginebra. OMS (WHO/DAP/90.1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Agosto 2007) El derecho a la salud. Nota descriptiva N° 323.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Junio 2010) Medicamentos: Medicamentos Esenciales. Nota descriptiva N° 325.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1999) Asistencia humanitaria en caso de desastres. Guía para proveer ayuda eficaz. Washington D.C., Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2013) Terremoto en Haití. La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.
- Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977. Artículo 51.3.
- RODRÍGUEZ PINZÓN, D., MARTÍN C., OJEDA QUINTANA, T. (1999) La dimensión internacional de los derechos humanos. Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo American University.
- SANTIAGO, C. SAGÁSTEGUI, W. (2008) Preparados Contra los desastres. Perú. Soluciones Prácticas ITDG.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013) Model List of Essential Medicines. 18th List, April 2013. Ginebra. WHO.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1997). First Year Experiences with the Interagency Guidelines for Drugs Donations. Ginebra. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decisión EBSS. World Health Organization. Executive Board. 120th Session EB 120/30, 28-12-2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decisión EBSS. World Health Organization. Executive Board. 120th Session EB 120/30, 28-12-2006.

X.1.2 FUENTES LEGALES

X.1.2.1 NORMATIVA INTERNACIONAL

- Ley 24.051, de 17 de diciembre, de Residuos Peligrosos. Boletín oficial de la República Argentina, Año C, 17-01-1992, pág. 1-4.

X.1.2.2 NORMATIVA EUROPEA

- Convenio sobre la Ayuda Alimentaria (1999) Londres (Reino Unido). B.O.E. nº 224, 18-09-1999, pág. 33601-33609.
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. B.O.E. nº 126, 27-05-2002, pág. 18824-18860.
- Reglamento (CE) nº 1257/1996 del Consejo de 20 de junio de 1996 sobre la ayuda humanitaria. DO L nº 163, 02-07-1996, pág. 1-9. Modificado por: Reglamento (CE) nº 1882/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de septiembre de 2003. DO L nº 284/1, a su vez modificado por: Reglamento (CE) nº 219/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2009. DO L nº 87/109.
- Reglamento (CE) nº 1257/96 del Consejo de 20 de junio de 1996 sobre la ayuda humanitaria. DOCE L 163, 02-07-1996.

- Tratado de Niza por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 10-03-2001. C80/01.
- Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. D.O.U.E. C 326, 26-10-2012.

X.1.2.3 NORMATIVA NACIONAL

- Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. B.O.E. nº 311, 29-12-1978.
- Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 162, 08-07-1998, pág. 22755-22765.
- Orden SPI/2136/2011, de 19 de julio, por la que se fijan las modalidades de control sanitario en frontera por la inspección farmacéutica y se regula el Sistema Informático de Inspección Farmacéutica de Sanidad Exterior. B.O.E. nº 181, 29-07-2011, pág. 85720-85761.
- Real Decreto 1141/1996, de 24 de mayo, por el que se reestructura la Agencia Española de Cooperación Internacional. B.O.E. nº 127, 25-05-1996, pág. 17833-17836.
- Real Decreto 1403/2007, de 26 de octubre, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 283, 26-11-2007, pág. 48337-48351.
- Real Decreto 1485/1985, de 28 de agosto, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Asuntos Exteriores y se suprime determinado Organismo Autónomo del Departamento. B.O.E. nº 207, 29-08-1985, pág. 27273-27276.
- Real Decreto 1527/1988, de 11 de noviembre, por el que se reestructura la Secretaría del Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, con refundición de los Organismos Autónomos adscritos a la misma. B.O.E. nº 307, 23-12-1988, pág. 35998-36003.

- Real Decreto 22/2000, de 14 de enero, por el que se regula la composición, competencias, organización y funciones de la Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 13, 15-01-2000, pág. 1852-1855.
- Real Decreto 2492/1994, de 23 de diciembre, por el que se modifica parcialmente el Real Decreto 1527/1998, de 11 de noviembre, y se reestructura la Agencia Española de Cooperación Internacional. B.O.E. nº 9, 11-01-1995, pág. 1001-1003.
- Real Decreto 451/1986, de 21 de febrero, por el que se crea la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional. B.O.E. nº 54, 04-03-1986, pág. 8197-8198.
- Real Decreto 795/1995, de 19 de mayo, por el que se crea y regula el Consejo de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 120, 20-05-1995, pág. 14854-14856.

X.1.2.4 NORMATIVA AUTONÓMICA

- Decreto 107/2000, de 1 de junio, por el que se regula la naturaleza, funciones, composición y organización de la Comisión Regional de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 134, 07-06-2000, pág. 6-7.
- Decreto 109/2003, de 15 de abril, por el que se regula el Registro de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo previsto en la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. D.O.G.C. nº 3870, 24-04-2003, pág. 8150-8151.
- Decreto 11/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo. B.O.A. nº 16, 06-02-2002, pág. 949-951.
- Decreto 12/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de la Comisión Autonómica de Cooperación para el Desarrollo. B.O.A. nº 16, 06-02-2002, pág. 951-953.

- Decreto 120/2001, de 28 de mayo, por el que se regula la Comisión Gestora de Cooperación al Desarrollo. B.O.C. nº 71, 08-06-2001, pág. 7202-7203.
- Decreto 124/2005, de 31 de mayo, modificado por el Decreto 2/2006, de 10 de enero, y por el Decreto 264/2006, de 26 de diciembre, por el que se regulan las ayudas a los cooperantes vascos con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo. B.O.P.V. nº 104ZK, 03-06-2005, pág. 10354-10363.
- Decreto 135/2010, de 10 de septiembre, del Consell, por el que se aprueban las bases para la concesión de ayudas en materia de cooperación internacional para el desarrollo. D.O.C.V. nº 6356, 16-09-2010, pág. 35367-35391.
- Decreto 139/2012, de 30 de octubre, por el que se regulan los órganos de coordinación y colaboración y los órganos consultivos de la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. D.O.G.C. nº 6245, 02-11-2012, pág. 53361-53368.
- Decreto 164/2004, de 6 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del régimen jurídico de las ayudas y de las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en materia de cooperación al desarrollo. B.O.A. nº 85, 21-07-2004, pág. 7140-7153.
- Decreto 172/2005, de 19 de julio, por el que se regula el Consejo Andaluz de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la Comisión de Cooperación para el Desarrollo y el Registro de Agentes de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.J.A. nº 142, 22-07-2005, pág. 5-19.
- Decreto 174/1997, de 11 de diciembre, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 303, 22-12-1997, pág. 6-8.
- Decreto 179/2005, de 30 de agosto, por el que se crea el Comité Catalán de Ayuda Humanitaria de Emergencia. D.O.G.C. nº 4460, 01-09-2005, pág. 26723-26724.

- Decreto 199/1992, de 21 de julio, por el que se regulan los programas específicos de Cooperación al desarrollo integral, regional, productivo y de formación y asistencia técnica en el Tercer Mundo. B.O.P.V. nº 165ZK, 25-08-1992, pág. 7657-7712.
- Decreto 2/2006, de 10 de enero, por el que se modifica el Decreto por el que se regulan las ayudas a los/as cooperantes vascos/as con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo. B.O.P.V. nº 11ZK, 17-01-2006, pág. 854-855.
- Decreto 201/1997, de 1 de julio, del Gobierno Valenciano, sobre regulación de las bases para la cooperación internacional al desarrollo y del régimen específico de transferencias de fondos destinados a la cooperación con países en vías de desarrollo. D.O.G.V. nº 3036, 16-07-1997, pág. 11643-11657.
- Decreto 204/2003, de 2 de octubre, de atribuciones, organización y funcionamiento de la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo. B.O.P.A. nº 240, 16-10-2003, pág. 12949-12950.
- Decreto 22/2007, de 13 de febrero, por el que se regulan las ayudas a Organismos Internacionales del sistema de las Naciones Unidas y a personas jurídicas vinculadas a ellos, para becar a los/as cooperantes voluntarios/as que participen en proyectos de desarrollo de dichos Organismos Internacionales en países empobrecidos. B.O.P.V. nº 50ZK, 12-03-2007, pág. 5599-5611.
- Decreto 236/2003, de 8 de octubre, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo. D.O.G.C. nº 3987, 14-10-2003, pág. 19663-19665.
- Decreto 240/2003, de 16 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifican: el Decreto 68/2000, de 28 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Cooperación al Desarrollo y la Solidaridad con el Tercer Mundo; el Reglamento del Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo, aprobado por Decreto 11/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón; el Reglamento de la Comisión Autonómica de Cooperación para el

- Desarrollo, aprobado por el Decreto 12/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón. B.O.A. nº 116, 24-09-2003, pág. 10176.
- Decreto 264/2006, de 26 de diciembre, de segunda modificación del Decreto por el que se regulan las ayudas a los/as cooperantes vascos/as con cargo al Fondo para la Cooperación y Ayuda para el Desarrollo. B.O.P.V. nº 6ZK, 09-01-2007, pág. 343-345.
 - Decreto 270/2007, de 14 de noviembre, por el que se regula el funcionamiento y forma de acceso al Registro de Organizaciones No Gubernamentales del Principado de Asturias. B.O.P.A. nº 273, 23-11-2007, pág. 21971-21973.
 - Decreto 276/2007, de 4 de diciembre, por el que se regula la estructura, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Asturiano de Cooperación al Desarrollo. B.O.P.A. nº 297, 24-12-2007, pág. 23926-23928.
 - Decreto 28/2005, de 17 de marzo, por el que se regula la cooperación para el desarrollo y la solidaridad con los países empobrecidos. B.O.C. nº 63, 04-04-2005, pág. 3463-3464.
 - Decreto 31/2008, de 19 de febrero, por el que se regulan las ayudas a acciones humanitarias con cargo a la cooperación para el desarrollo. B.O.P.V. nº 41ZK, 27-02-2008, pág. 4095-4117.
 - Decreto 34/2007, de 27 de febrero, por el que se regulan las ayudas a proyectos con cargo al Fondo de Cooperación al Desarrollo. B.O.P.V. nº 53ZK, 15-03-2007, pág. 6333-6358.
 - Decreto 354/2010, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Programa Operativo de Acción Humanitaria 2010-2012. B.O.J.A. nº 158, 12-08-2010, pág. 98.
 - Decreto 36/2005, de 9 de febrero, por el que se regula el Registro de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Extremadura. D.O.E. nº 18, 15-02-2005, pág. 1946-1949.
 - Decreto 37/2005, de 9 de febrero, por el que se regula el Consejo Asesor de Cooperación al Desarrollo. D.O.E. nº 18, 15-02-2005, pág. 1949-1952.

- Decreto 38/2005, de 9 de febrero, por el que se regula la Comisión Autonómica de Cooperación al Desarrollo. D.O.E. nº 18, 15-02-2005, pág. 1952-1954.
- Decreto 49/2003, 30 abril, por el que se establece el régimen de subvenciones para la ejecución de proyectos de cooperación al desarrollo y prestaciones humanitarias internacionales de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias. B.O.C. nº 84, 05-05-2003, pág. 6951-6963.
- Decreto 57/2007, de 3 de abril, por el que se regulan las ayudas a programas con cargo al Fondo para la Cooperación al Desarrollo. B.O.P.V. nº 89ZK, 10-05-2007, pág. 10715-10774.
- Decreto 68/2000, de 28 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la Cooperación al Desarrollo y la Solidaridad con el Tercer Mundo. B.O.A. nº 43, 12-04-2000, pág. 2181.
- Decreto 80/2005, de 2 de agosto, por el que se modifica el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 185, 05-08-2005, pág. 6-7.
- Decreto 90/2011, de 5 de mayo, por el que se modifica el Decreto 326/2004, de 29 de diciembre, por el que se regulan los órganos de coordinación y asesoramiento en materia de cooperación para el desarrollo y por el que se crea el Registro Gallego de Agentes de Cooperación para el Desarrollo. D.O.G. nº 100, 25-05-2011, pág. 11359-11373.
- Decreto 92/1998, de 28 de mayo, por el que se modifica el Decreto 174/1997, de 11 de diciembre, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. nº 131, 04-06-1998, pág. 4.
- Ley 1/2003, de 27 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 87, 11-04-2003, pág. 14345-14352. D.O.E. nº 33, 18-03-2003, pág. 4163-4172.

- Ley 1/2007, de 22 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 250, 17-10-2011, pág. 108248-108264. B.O.P.V. nº 48ZK, 08-03-2007, pág. 5445-5465.
- Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura. B.O.E. nº 142, 12-06-2008, pág. 26907-26914. D.O.E. nº 100, 26-05-2008, pág. 13955-13972.
- Ley 10/2000, de 27 de diciembre, relativa a la Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 33, 07-02-2001, pág. 4679-4683. B.O.A. nº 156, 30-12-2000, pág. 8022-8026.
- Ley 12/2007, de 27 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Murcia. B.O.E. nº 177, 23-07-2008, pág. 32172-32184. B.O.R.M. nº 18, 22-01-2008, pág. 1969-1984.
- Ley 13/1999, de 29 de abril, de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid. B.O.E. nº 172, 20-07-1999, pág. 27191-27197. B.O.C.M. nº 112, 13-05-1999, pág. 14-19.
- Ley 14/2003, de 22 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 14, 16-01-2004, pág. 1780-1786. B.O.J.A. nº 251, 31-12-2003, pág. 27446-27452.
- Ley 14/2007, de 28 de diciembre, de Carta de Justicia y Solidaridad con los países Empobrecidos. B.O.P.V. nº 6ZK, 09-01-2008, pág. 361-364.
- Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 34, 08-02-2002, pág. 5164-5173. D.O.G.C. nº 3551, 11-01-2002, pág. 454-461.
- Ley 3/2003, de 13 de febrero, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 129, 30-05-2003, pág. 20867-20870. D.O.C.M. nº 28, 28-02-2003, pág. 3087-3090.
- Ley 3/2003, de 19 de junio, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 172, 19-07-2003, pág. 28231-28240. D.O.G. nº 128, 03-07-2003, pág. 8830-8840.
- Ley 31/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas. B.O.E. nº 15, 17-01-2003, pág. 2230-2269. D.O.G.C. nº 3791, 31-12-2002, pág. 23166-23189.

- Ley 4/2002, de 1 de julio, de Cooperación al Desarrollo. B.O.L.R. nº 81, 04-07-2002, pág. 3105-3127.
- Ley 4/2009, de 24 de abril, Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo. B.O.E. nº 132, 01-06-2009, pág. 46055-46069. B.O.C. nº 84, 05-05-2009, pág. 9376-9387.
- Ley 6/2007, de 9 de febrero, de la Generalitat, de la Cooperación al Desarrollo de la Comunitat Valenciana. D.O.C.V. nº 5450, 14-02-2007, pág. 7194-7209.
- Ley 6/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. B.O.E. nº 74, 26-03-2014, pág. 26656-26687. B.O.C.M. nº 309, 30-12-2013, pág. 938-966.
- Ley 9/2005, de 21 de junio, de Cooperación para el Desarrollo. B.O.E. nº 179, 28-07-2005, pág. 26753-26763. B.O.I.B. nº99, 30-06-2005, pág. 54-62.
- Ley 9/2006, de 10 de octubre, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 278, 21-11-2006, pág. 40713-40725. B.O.C.Y.L. nº 202, 19-10-2006, pág. 10-20.
- Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Racionalización del Sector Público. B.O.E. nº 118, 18-05-2011, pág. 49841-49877. B.O.C.M. nº 310, 29-12-2010, pág. 1059-1091.
- Ley de Cantabria 4/2007, de 4 de abril, de Cooperación Internacional al Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria. B.O.E. nº 110, 08-05-2007, pág. 19721-19732. B.O.C. nº 74, 17-04-2007, pág. 5477-5486.
- Ley del Principado de Asturias 4/2006, de 5 de mayo, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 162, 08-06-2006, pág. 25591-25597. B.O.P.A. nº 114, 19-05-2006, pág. 10054-10061.
- Ley Foral 4/2010, de 6 de abril, por la que se modifica la Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 128, 06-05-2010, pág. 45941-45948. B.O.N. nº 46, 14-04-2010, pág. 4898-4890.
- Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo, de Cooperación al Desarrollo. B.O.E. nº 117, 16-05-2001, pág. 17355-49877. B.O.N. nº 34, 16-03-2001, pág. 2046-2051.

X.2 BIBLIOGRAFÍA

- ABRISKETA, J. (1999) *Los Desafíos de la Acción Humanitaria: Un balance*. Barcelona, Icaria editorial S.A.
- ALTAMIRAS, J., BONAL, J. (1986) La selección de medicamentos. En *El Farmacéutico*, 29: 111-116.
- ANTEZANA, F., SEUBA, X. (2008) *Medicamentos Esenciales. Historia de un desafío*. Barcelona, Icaria Editorial S.A.
- ARCOS GONZALEZ, P. (2006) *La ayuda sanitaria en desastres*. Madrid, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- BOISSIER, P. (1963) *Histoire du Comité International de la Croix-Rouge*. París, Plon.
- BORY, F. (1982) *Génesis y Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario*. Ginebra, Comité Internacional de la Cruz roja, Departamento de Información.
- BREGAGLIO LAZARTE, R., CHÁVEZ IRIGOYEN, C. (2008) *El sistema universal de protección de los derechos humanos. Cambios en la organización de Naciones Unidas y el papel de la sociedad civil. Guía práctica para defensores de los Derechos Humanos*. Lima, Félix Álvarez Torres.
- CLEMENTE, J. C. (1995) *Historia de un compromiso: La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. Madrid, Cruz Roja Española.
- CRUZ ROJA (1979) *Principios fundamentales del Comité Internacional de la Cruz Roja*. Madrid, Cruz Roja Española.
- DARDER, M. (2000). Donaciones de Medicamentos ¿Una ayuda o un problema? En *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, 74: 5-6.
- FISCHER, H., ORAÁ, J. (2000) *Derecho Internacional y Ayuda Humanitaria*. Bilbao. Universidad de Deusto. Serie Ayuda Humanitaria, Textos básicos.
- FRANCO GIRALDO, A. (2010) *Salud Global: Política pública, derechos sociales y globalidad*. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.
- GÓMEZ PÉREZ, R. (1995) *Mis derechos*. Madrid, El Drac.

- HARROFF-TAVEL, M. (1989) Neutralidad e imparcialidad. De la importancia y la dificultad, para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, de guiarse por estos principios. En *Revista Internacional de la Cruz Roja*, 96: 569-587.
- HERNÁNDEZ MANGONES, G. (2006) *Diccionario de Economía*. Colombia, Editorial Universidad Cooperativa de Colombia.
- KENNEDY, P. (2007) *El parlamento de la humanidad: la historia de las Naciones Unidas*. Trad. Ricardo García Pérez. Barcelona, Debate.
- LARRAGA RODRÍGUEZ DE VERA, V. (2011) *La lucha frente a las enfermedades de la pobreza: responsabilidad y necesidad*. Bilbao, Fundación BBVA.
- MARTIN BERISTAIN, C. DONÀ, G. (1997) *Enfoque psicosocial de la Ayuda Humanitaria. Textos Básicos*. Bilbao. Universidad de Deusto. Instituto de Derechos Humanos.
- PÉREZ DE ARMIÑO, K. (2000) *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Barcelona, Icaria y Hegoa.
- TRAPERO-BERTRÁN, M. (1998) Donación de medicamentos, Una solidaridad problemática. Madrid. En *Ámbito Farmacéutico. Farmacia Social*. 27, 8: 107-111.

X.2.1 BIBLIOGRAFÍA ON-LINE

- Banco de Medicamentos. ONG Farmacéuticos Sin Fronteras. www.farmaceuticossinfronteras.org/bancomedicamentos.php
- BASTOS, J.A. (2013) Déficits Humanitarios de la Marca España. En *Huffington Post Internacional. Diario on line*. http://www.huffingtonpost.es/jose-antonio-bastos/deficits-humanitarios-de-_b_2684804.html
- BBC Mundo. (2010) Haití: el desafío de la Ayuda Humanitaria. En *BBC Mundo. Diario on line*

- http://www.bbc.co.uk/mundo/america_latina/2010/01/100124_1540_haiti_terremoto_ayuda_humanitaria_sao.shtml
- Centro de información de las Naciones Unidas. (CINU). <http://www.cinu.mx>
 - Defensores de los Derechos Humanos. jovenesxderechoshumanos.blogspot.com.es/2010/01/defensores-de-los-derechos-humanos.html
 - Diez datos sobre los medicamentos esenciales. http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/essential_medicines_facts/es/
 - Dr. PERRIN, P. (1998) Efectos de la ayuda humanitaria sobre la evolución de conflictos. En *Revista Internacional de la Cruz Roja. Edición on line*. <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdlpa.htm>
 - El País Internacional. (2010) El terremoto más intenso sufrido en 240 años en Haití. Madrid. En *El País Internacional. Diario on line*. http://internacional.elpais.com/internacional/2010/01/13/actualidad/1263337216_850215.html
 - Galardón a una vida por los DDHH. (2012) <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/galardon-una-vida-los-dd-hh-articulo-373086>
 - La conducción de operaciones de ayuda humanitaria: principios para la intervención y administración. <http://www.peaceopstraining.org>
 - La Cruz Roja Internacional. <http://sobrehistoria.com>
 - Unidos por los derechos humanos. Defensores de los derechos humanos. www.humanrights.com/es/voices-for-human-rights/champions-human-rights.html
 - Unión Europea. Países. http://europa.eu/about-eu/countries/index_es.htm

X.2.2 PÁGINAS WEB

- Amnistía Internacional. www.amnesty.org
- Boletín Oficial de Aragón. <http://www.boa.aragon.es>

- Boletín Oficial de Canarias. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/>
- Boletín Oficial de Cantabria. <https://boc.cantabria.es/boces/>
- Boletín Oficial de Castilla y León. <http://bocyl.jcyl.es>
- Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.
http://w3.bocm.es/bocm/Satellite?language=es&pagename=Boletin/Page/BOCM_home
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
<http://www.juntadeandalucia.es/eboja>
- Boletín Oficial de la Región de Murcia.
<http://www.borm.es/borm/vista/principal/inicio.jsf>
- Boletín Oficial de La Rioja.
<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=449881>
- Boletín Oficial de las Islas Baleares. <http://www.caib.es/boib/>
- Boletín Oficial de Navarra.
https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/
- Boletín Oficial del País Vasco. <https://www.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/Ultimo.shtml>
- Boletín Oficial del Principado de Asturias. <http://www.asturias.es/bopa>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. <http://icrc.org>
- Diario Oficial de Castilla La Mancha. <http://docm.jccm.es/portaldocm/>
- Diario Oficial de Extremadura. <http://doe.juntaex.es>
- Diario Oficial de Galicia. <http://www.xunta.es/diario-oficial-galicia>
- Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. <http://www.docv.gva.es/portal/>
- Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña.
<http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc>
- Diccionario de la Lengua Española. 22ª Edición. Real Academia Española.
www.rae.es
- Farmacéuticos en Acción. www.farmacccion.es
- Farmacéuticos Mundi. www.farmaceuticosmundi.org
- Farmacéuticos Sin Fronteras. www.farmaceuticossinfronteras.org
- Federación Internacional Farmacéutica. <http://www.fip.org/>
- Human Rights Action Center. www.humanrightsactioncenter.org

- Human Rights Watch. www.hrw.org
- Human Rights Without Frontiers. www.hrwf.net
- ONG Banco Farmacéutico. www.bancofarmaceutico.es.
- Organización de las Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos.
<http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/HRC/Pages/HRCIndex.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. Descripción de la ONU.
www.organizaciondelasnacionesunidas.blogspot.com
- Organización de las Naciones Unidas. <http://www.un.org>
- Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
<http://www.ohchr.org/sp/Pages/WelcomePage.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. www.who.int/es
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
www.paho.org/hq.
- www.literato.es/tu-derecho-a-voltaire/
- Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Ceuta.
<http://www.ceuta.es/ceuta/documentos/bocce/>
- Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Melilla.
<http://www.melilla.es/melillaportal/contenedor.jsp?seccion=bome.jsp&language=es&codResi=1&layout=contenedor.jsp&codAdirecto=15>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
<https://www.msssi.gob.es/>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
<http://www.aemps.gob.es/>
- Unión Europea. http://europa.eu/index_es.htm

SÉPTIMA PARTE:
ANEXOS

ANEXO I:
ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE LAS
NACIONES UNIDAS



Sistema de las Naciones Unidas

Órganos principales

Asamblea General

Consejo de Seguridad

Consejo Económico y Social

Secretaría

Corte Internacional de Justicia

Consejo de Administración Fiduciaria⁶

Órganos subsidiarios

Comités principales y otros comités del período de sesiones
Comisión de Desarme
Comisión de Derecho Internacional
Consejo de Derechos Humanos
Comités permanentes y órganos especiales

Fondos y programas¹

ACNUR Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ONU-Hábitat Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
ONU-Mujeres Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres
OOPS² Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente

PMA Programa Mundial de Alimentos

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
• **FNUDC** Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Capitalización
• **VNU** Voluntarios de las Naciones Unidas

PNUMA Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

UNCTAD Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo

• **CCI** Centro de Comercio Internacional (UNCTAD/OMC)

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Institutos de investigación y capacitación

UNICRI Instituto Interregional para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia

UNIDIR² Instituto de las Naciones Unidas de Investigación sobre el Desarme

UNITAR Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones

UNRISD Instituto de las Naciones Unidas de Investigación para el Desarrollo Social

UNSSC Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas

UNU Universidad de las Naciones Unidas

Otros órganos

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

UNISDR Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres

UNOPS Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos

Órganos conexos

CTBTO-Comisión Preparatoria Comisión Preparatoria de la Organización del Tratado de prohibición completa de los ensayos nucleares

OIEA^{1,3} Organismo Internacional de Energía Atómica

OMC^{1,4} Organización Mundial del Comercio

OPCW Organización para la Prohibición de las Armas Químicas

Órganos subsidiarios

Comité de Estado Mayor
Comités contra el terrorismo
Comités de sanciones (*ad hoc*)
Comités permanentes y órganos especiales

Misiones políticas y operaciones de mantenimiento de la paz
Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia
Tribunal Penal Internacional para Rwanda

Órgano consultivo subsidiario

Comisión de Consolidación de la Paz de las Naciones Unidas

Organismos especializados^{1,5}

FAO Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

FIDA Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola

FMI Fondo Monetario Internacional

Grupo del Banco Mundial

• **AIF** Asociación Internacional de Fomento

• **BIRF** Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

• **CFI** Corporación Financiera Internacional

• **CIADI** Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones

• **OMGI** Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones

OACI Organización de Aviación Civil Internacional

OIT Organización Internacional del Trabajo

OMI Organización Marítima Internacional

OMM Organización Meteorológica Mundial

OMPI Organización Mundial de la Propiedad Intelectual

OMS Organización Mundial de la Salud

OMT Organización Mundial del Turismo

ONUDI Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial

UIT Unión Internacional de Telecomunicaciones

UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UPU Unión Postal Universal

Notas

¹ Las Naciones Unidas, sus fondos y programas, los organismos especializados, el OIEA y la OMC son miembros de la Junta de Jefes Ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación.

² El OOPS y el UNIDIR informan solo a la Asamblea General.

³ El OIEA informa al Consejo de Seguridad y a la Asamblea General.

⁴ La OMC no está obligada a presentar informes a la Asamblea General, pero contribuye, según las necesidades, a la labor de la Asamblea General y del Consejo Económico y Social, en cuestiones de finanzas y de desarrollo, entre otras cosas.

⁵ Los organismos especializados son organizaciones autónomas cuya labor la coordina el Consejo Económico y Social (en el plano intergubernamental) y la Junta de Jefes Ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación (en el caso de las secretarías).

⁶ El Consejo de Administración Fiduciaria suspendió su labor el 1° de noviembre de 1994, después de que el 1° de octubre de 1994 el Territorio de las Islas del Pacífico (Palau), el único Territorio en Fideicomiso, fuera independiente.

Este no es un documento oficial de las Naciones Unidas ni recoge la estructura de la Organización en su totalidad

Comisiones orgánicas

Ciencia y Tecnología para el Desarrollo
Condición Jurídica y Social de la Mujer
Desarrollo Sostenible
Estadística
Estupefacientes
Foro de las Naciones Unidas sobre los Bosques
Población y Desarrollo
Prevención del Delito y Justicia Penal

Comisiones regionales

CEE Comisión Económica para Europa
CEPA Comisión Económica para África
CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESPAO Comisión Económica y Social para Asia Occidental
CESPAP Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico

Otros órganos

Comité de Expertos en Administración Pública
Comité de Políticas de Desarrollo
Comité encargado de las organizaciones no gubernamentales
Comités del período de sesiones y comités permanentes y grupos de expertos, grupos especiales y conexos
Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas
Grupo de Expertos de las Naciones Unidas en Nombres Geográficos

Departamentos y oficinas

EOSG Oficina del Secretario General
ACNUDH Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
DAES Departamento de Asuntos Económicos y Sociales
DAP Departamento de Asuntos Políticos

DFA Departamento de Apoyo a las Actividades sobre el Terreno
DG Departamento de Gestión
DGACM Departamento de la Asamblea General y de Gestión de Conferencias
DIP Departamento de Información Pública
DPKO Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz

DSS Departamento de Seguridad
OCAH Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
OLA Oficina de Asuntos Jurídicos
ONUG Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra
ONUN Oficina de las Naciones Unidas en Nairobi
ONUV Oficina de las Naciones Unidas en Viena
OSAA Oficina del Asesor Especial para África

OSSI Oficina de Servicios de Supervisión Interna
SRS/CAAC Oficina del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños y los conflictos armados
SRS/SG/SVC Oficina del Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia Sexual en los Conflictos
UN-OHRLS Oficina del Alto Representante para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo
UNODA Oficina de Asuntos de Desarme

ANEXO II:
LISTA MODELO DE MEDICAMENTOS
ESENCIALES DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD

WHO Model List of Essential Medicines

18th list
(April 2013)

Status of this document

This is a reprint of the text on the WHO Medicines web site

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

The published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

18th edition

Essential Medicines

WHO Model List (April 2013)

Explanatory Notes

The **core list** presents a list of minimum medicine needs for a basic health-care system, listing the most efficacious, safe and cost-effective medicines for priority conditions. Priority conditions are selected on the basis of current and estimated future public health relevance, and potential for safe and cost-effective treatment.

The **complementary list** presents essential medicines for priority diseases, for which specialized diagnostic or monitoring facilities, and/or specialist medical care, and/or specialist training are needed. In case of doubt medicines may also be listed as complementary on the basis of consistent higher costs or less attractive cost-effectiveness in a variety of settings.

The **square box symbol** (□) is primarily intended to indicate similar clinical performance within a pharmacological class. The listed medicine should be the example of the class for which there is the best evidence for effectiveness and safety. In some cases, this may be the first medicine that is licensed for marketing; in other instances, subsequently licensed compounds may be safer or more effective. Where there is no difference in terms of efficacy and safety data, the listed medicine should be the one that is generally available at the lowest price, based on international drug price information sources. Not all square boxes are applicable to medicine selection for children — see the second EMLc for details.

Therapeutic equivalence is only indicated on the basis of reviews of efficacy and safety and when consistent with WHO clinical guidelines. National lists should not use a similar symbol and should be specific in their final selection, which would depend on local availability and price.

The **Ⓜ** symbol indicates that there is an age or weight restriction on use of the medicine; details for each medicine can be found in Table 1.

Where the **[c]** symbol is placed next to the complementary list it signifies that the medicine(s) require(s) specialist diagnostic or monitoring facilities, and/or specialist medical care, and/or specialist training for their use in children.

Where the **[c]** symbol is placed next to an individual medicine or strength of medicine it signifies that there is a specific indication for restricting its use to children.

The presence of an entry on the Essential Medicines List carries no assurance as to pharmaceutical quality. It is the responsibility of the relevant national or regional drug regulatory authority to ensure that each product is of appropriate pharmaceutical quality (including stability) and that when relevant, different products are interchangeable.

For recommendations and advice concerning all aspects of the quality assurance of medicines see the WHO Medicines web site http://www.who.int/medicines/areas/quality_assurance/en/index.html.

Medicines and dosage forms are listed in alphabetical order within each section and there is no implication of preference for one form over another. Standard treatment guidelines should be consulted for information on appropriate dosage forms.

The main terms used for dosage forms in the Essential Medicines List can be found in Annex 1.

Definitions of many of these terms and pharmaceutical quality requirements applicable to the different categories are published in the current edition of *The International Pharmacopoeia*
<http://www.who.int/medicines/publications/pharmacopoeia/en/index.html>.

1. ANAESTHETICS	
1.1 General anaesthetics and oxygen	
1.1.1 Inhalational medicines	
halothane	Inhalation.
isoflurane	Inhalation.
nitrous oxide	Inhalation.
oxygen	Inhalation (medicinal gas).
1.1.2 Injectable medicines	
ketamine	Injection: 50 mg (as hydrochloride)/ml in 10-ml vial.
propofol*	Injection: 10 mg/ml; 20 mg/ml. * Thiopental may be used as an alternative depending on local availability and cost.
1.2 Local anaesthetics	
<input type="checkbox"/> bupivacaine	Injection: 0.25%; 0.5% (hydrochloride) in vial. Injection for spinal anaesthesia: 0.5% (hydrochloride) in 4-ml ampoule to be mixed with 7.5% glucose solution.
<input type="checkbox"/> lidocaine	Injection: 1%; 2% (hydrochloride) in vial. Injection for spinal anaesthesia: 5% (hydrochloride) in 2-ml ampoule to be mixed with 7.5% glucose solution. Topical forms: 2% to 4% (hydrochloride).
lidocaine + epinephrine (adrenaline)	Dental cartridge: 2% (hydrochloride) + epinephrine 1:80 000. Injection: 1%; 2% (hydrochloride or sulfate) + epinephrine 1:200 000 in vial.
<i>Complementary List</i>	
<i>ephedrine</i>	Injection: 30 mg (hydrochloride)/ml in 1-ml ampoule. (For use in spinal anaesthesia during delivery, to prevent hypotension).
1.3 Preoperative medication and sedation for short-term procedures	
atropine	Injection: 1 mg (sulfate) in 1-ml ampoule.
<input type="checkbox"/> midazolam	Injection: 1 mg/ml. Oral liquid: 2 mg/ml [c] . Tablet: 7.5 mg; 15 mg.
morphine	Injection: 10 mg (sulfate or hydrochloride) in 1-ml ampoule.

2. MEDICINES FOR PAIN AND PALLIATIVE CARE	
2.1 Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIDs)	
acetylsalicylic acid	Suppository: 50 mg to 150 mg. Tablet: 100 mg to 500 mg.
ibuprofen [a]	Oral liquid: 200 mg/5 ml. Tablet: 200 mg; 400 mg; 600 mg. [a] Not in children less than 3 months.
paracetamol*	Oral liquid: 125 mg/5 ml. Suppository: 100 mg. Tablet: 100 mg to 500 mg. * Not recommended for anti-inflammatory use due to lack of proven benefit to that effect.
2.2 Opioid analgesics	
codeine	Tablet: 30 mg (phosphate).
morphine*	Granules (slow-release; to mix with water): 20 mg to 200 mg (morphine sulfate). Injection: 10 mg (morphine hydrochloride or morphine sulfate) in 1-ml ampoule. Oral liquid: 10 mg (morphine hydrochloride or morphine sulfate)/5 ml. Tablet (immediate release): 10 mg (morphine sulfate). Tablet (slow release): 10 mg to 200 mg (morphine hydrochloride or morphine sulfate). *Alternatives limited to hydromorphone and oxycodone.
2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	
amitriptyline	Tablet: 10 mg; 25 mg; 75 mg.
cyclizine [c]	Injection: 50 mg/ml. Tablet: 50 mg.
dexamethasone	Injection: 4 mg/ml in 1-ml ampoule (as disodium phosphate salt). Oral liquid: 2 mg/5 ml. Tablet: 2 mg [c] ; 4 mg.
diazepam	Injection: 5 mg/ml. Oral liquid: 2 mg/5 ml. Rectal solution: 2.5 mg; 5 mg; 10 mg. Tablet: 5 mg; 10 mg.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

docusate sodium	Capsule: 100 mg. Oral liquid: 50 mg/5 ml.
fluoxetine a	Solid oral dosage form: 20 mg (as hydrochloride). a >8 years.
haloperidol	Injection: 5 mg in 1-ml ampoule. Oral liquid: 2 mg/ml. Solid oral dosage form: 0.5 mg; 2mg; 5 mg.
hyoscine butylbromide	Injection: 20 mg/ml.
hyoscine hydrobromide [c]	Injection: 400 micrograms/ml; 600 micrograms/ml. Transdermal patches: 1 mg/72 hours.
lactulose [c]	Oral liquid: 3.1-3.7 g/5 ml.
loperamide	Solid oral dosage form: 2 mg.
metoclopramide	Injection: 5 mg (hydrochloride)/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 5 mg/5 ml. Solid oral dosage form: 10 mg (hydrochloride)
midazolam	Injection: 1 mg/ml; 5 mg/ml. Oral liquid: 2 mg/ml [c] . Solid oral dosage form: 7.5 mg; 15 mg.
ondansetron [c] a	Injection: 2-mg base/ml in 2-ml ampoule (as hydrochloride). Oral liquid: 4 mg base/5 ml. Solid oral dosage form: Eq 4 mg base; Eq 8 mg base. a >1 month.
senna	Oral liquid: 7.5 mg/5 ml.
3. ANTIALLERGICS AND MEDICINES USED IN ANAPHYLAXIS	
dexamethasone	Injection: 4 mg/ml in 1-ml ampoule (as disodium phosphate salt).
epinephrine (adrenaline)	Injection: 1 mg (as hydrochloride or hydrogen tartrate) in 1-ml ampoule.
hydrocortisone	Powder for injection: 100 mg (as sodium succinate) in vial.
<input type="checkbox"/> loratadine *	Oral liquid: 1 mg/ml. Tablet: 10 mg. <i>* There maybe a role for sedating antihistamines for limited indications (EMLc).</i>
<input type="checkbox"/> prednisolone	Oral liquid: 5 mg/ml [c] . Tablet: 5 mg; 25 mg.

4. ANTIDOTES AND OTHER SUBSTANCES USED IN POISONINGS	
4.1 Non-specific	
charcoal, activated	Powder.
4.2 Specific	
acetylcysteine	Injection: 200 mg/ml in 10-ml ampoule. Oral liquid: 10% [c] ; 20% [c] .
atropine	Injection: 1 mg (sulfate) in 1-ml ampoule.
calcium gluconate	Injection: 100 mg/ml in 10-ml ampoule.
methylthioninium chloride (methylene blue)	Injection: 10 mg/ml in 10-ml ampoule.
naloxone	Injection: 400 micrograms (hydrochloride) in 1-ml ampoule.
penicillamine	Solid oral dosage form: 250 mg.
potassium ferric hexacyano-ferrate(II) -2H ₂ O (Prussian blue)	Powder for oral administration.
sodium nitrite	Injection: 30 mg/ml in 10-ml ampoule.
sodium thiosulfate	Injection: 250 mg/ml in 50-ml ampoule.
<i>Complementary List</i>	
<i>deferoxamine</i>	<i>Powder for injection: 500 mg (mesilate) in vial.</i>
<i>dimercaprol</i>	<i>Injection in oil: 50 mg/ml in 2-ml ampoule.</i>
<i>fomepizole</i>	<i>Injection: 5 mg/ml (sulfate) in 20-ml ampoule or 1 g/ml (base) in 1.5-ml ampoule.</i>
<i>sodium calcium edetate</i>	<i>Injection: 200 mg/ml in 5-ml ampoule.</i>
<i>succimer</i>	<i>Solid oral dosage form: 100 mg.</i>
5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEPTICS	
carbamazepine	Oral liquid: 100 mg/5 ml. Tablet (chewable): 100 mg; 200 mg. Tablet (scored): 100 mg; 200 mg.
diazepam	Gel or rectal solution: 5 mg/ml in 0.5 ml; 2-ml; 4-ml tubes.
□ lorazepam	Parenteral formulation: 2 mg/ml in 1-ml ampoule; 4 mg/ml in 1-ml ampoule.
magnesium sulfate*	Injection: 500 mg/ml in 2-ml ampoule; 500 mg/ml in 10-ml ampoule. * For use in eclampsia and severe pre-eclampsia and not for other convulsant disorders.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

phenobarbital	Injection: 200 mg/ml (sodium). Oral liquid: 15 mg/5 ml. Tablet: 15 mg to 100 mg.
phenytoin	Injection: 50 mg/ml in 5-ml vial (sodium salt). Oral liquid: 25 mg to 30 mg/5 ml.* Solid oral dosage form: 25 mg; 50 mg; 100 mg (sodium salt). Tablet (chewable): 50 mg. * The presence of both 25 mg/5 ml and 30 mg/5 ml strengths on the same market would cause confusion in prescribing and dispensing and should be avoided.
valproic acid (sodium valproate)	Oral liquid: 200 mg/5 ml. Tablet (crushable): 100 mg. Tablet (enteric-coated): 200 mg; 500 mg (sodium valproate).
<i>Complementary List</i>	
ethosuximide	Capsule: 250 mg. Oral liquid: 250 mg/5 ml.
6. ANTI-INFECTIVE MEDICINES	
6.1 Anthelmintics	
6.1.1 Intestinal anthelmintics	
albendazole	Tablet (chewable): 400 mg.
levamisole	Tablet: 50 mg; 150 mg (as hydrochloride).
mebendazole	Tablet (chewable): 100 mg; 500 mg.
niclosamide	Tablet (chewable): 500 mg.
praziquantel	Tablet: 150 mg; 600 mg.
pyrantel	Oral liquid: 50 mg (as embonate or pamoate)/ml. Tablet (chewable): 250 mg (as embonate or pamoate).
6.1.2 Antifilarials	
albendazole	Tablet (chewable): 400 mg.
diethylcarbamazine	Tablet: 50 mg; 100 mg (dihydrogen citrate).
ivermectin	Tablet (scored): 3 mg.
6.1.3 Antischistosomes and other antitrepanematode medicines	
praziquantel	Tablet: 600 mg.
triclabendazole	Tablet: 250 mg.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

<i>Complementary List</i>	
oxamniquine*	<p>Capsule: 250 mg.</p> <p>Oral liquid: 250 mg/5 ml.</p> <p>* Oxamniquine is listed for use when praziquantel treatment fails.</p>
6.2 Antibacterials	
6.2.1 Beta Lactam medicines	
amoxicillin	<p>Powder for oral liquid: 125 mg (as trihydrate)/5 ml; 250 mg (as trihydrate)/5 ml [c].</p> <p>Solid oral dosage form: 250 mg; 500 mg (as trihydrate).</p>
amoxicillin + clavulanic acid	<p>Oral liquid: 125 mg amoxicillin + 31.25 mg clavulanic acid/5 ml AND 250 mg amoxicillin + 62.5 mg clavulanic acid/5 ml [c].</p> <p>Tablet: 500 mg (as trihydrate) + 125 mg (as potassium salt).</p>
ampicillin	Powder for injection: 500 mg; 1 g (as sodium salt) in vial.
benzathine benzylpenicillin	Powder for injection: 900 mg benzylpenicillin (= 1.2 million IU) in 5-ml vial [c] ; 1.44 g benzylpenicillin (= 2.4 million IU) in 5-ml vial.
benzylpenicillin	Powder for injection: 600 mg (= 1 million IU); 3 g (= 5 million IU) (sodium or potassium salt) in vial.
cefalexin [c]	<p>Powder for reconstitution with water: 125 mg/5 ml; 250 mg/5 ml (anhydrous).</p> <p>Solid oral dosage form: 250 mg (as monohydrate).</p>
<input type="checkbox"/> cefazolin* [a]	<p>Powder for injection: 1 g (as sodium salt) in vial.</p> <p>* For surgical prophylaxis.</p> <p>[a] >1 month.</p>
cefixime*	<p>Capsule: 400 mg (as trihydrate).</p> <p>* Only listed for single-dose treatment of uncomplicated anogenital gonorrhoea.</p>
ceftriaxone* [a]	<p>Powder for injection: 250 mg; 1 g (as sodium salt) in vial.</p> <p>* Do not administer with calcium and avoid in infants with hyperbilirubinemia.</p> <p>[a] >41 weeks corrected gestational age.</p>
<input type="checkbox"/> cloxacillin	<p>Capsule: 500 mg; 1 g (as sodium salt).</p> <p>Powder for injection: 500 mg (as sodium salt) in vial.</p> <p>Powder for oral liquid: 125 mg (as sodium salt)/5 ml.</p>
phenoxymethylpenicillin	<p>Powder for oral liquid: 250 mg (as potassium salt)/5 ml.</p> <p>Tablet: 250 mg (as potassium salt).</p>

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

procaine benzylpenicillin*	<p>Powder for injection: 1 g (=1 million IU); 3 g (=3 million IU) in vial.</p> <p>* Procaine benzylpenicillin is not recommended as first-line treatment for neonatal sepsis except in settings with high neonatal mortality, when given by trained health workers in cases where hospital care is not achievable.</p>
Complementary List	
cefotaxime* [c]	<p>Powder for injection: 250 mg per vial (as sodium salt).</p> <p>* 3rd generation cephalosporin of choice for use in hospitalized neonates.</p>
ceftazidime	Powder for injection: 250 mg or 1 g (as pentahydrate) in vial.
imipenem* + cilastatin*	<p>Powder for injection: 250 mg (as monohydrate) + 250 mg (as sodium salt); 500 mg (as monohydrate) + 500 mg (as sodium salt) in vial.</p> <p>* Only listed for the treatment of life-threatening hospital-based infection due to suspected or proven multidrug-resistant infection.</p> <p>Meropenem is indicated for the treatment of meningitis and is licensed for use in children over the age of 3 months.</p>
6.2.2 Other antibacterials	
azithromycin*	<p>Capsule: 250 mg; 500 mg (anhydrous).</p> <p>Oral liquid: 200 mg/5 ml.</p> <p>* Only listed for single-dose treatment of genital <i>Chlamydia trachomatis</i> and of trachoma.</p>
chloramphenicol	<p>Capsule: 250 mg.</p> <p>Oily suspension for injection*: 0.5 g (as sodium succinate)/ml in 2-ml ampoule.</p> <p>* Only for the presumptive treatment of epidemic meningitis in children older than 2 years.</p> <p>Oral liquid: 150 mg (as palmitate)/5 ml.</p> <p>Powder for injection: 1 g (sodium succinate) in vial.</p>
□ ciprofloxacin*	<p>Oral liquid: 250 mg/5 ml (anhydrous) [c].</p> <p>Solution for IV infusion: 2 mg/ml (as hyclate) [c].</p> <p>Tablet: 250 mg (as hydrochloride).</p> <p>* Square box applies to adults only.</p>
clarithromycin*	<p>Solid oral dosage form: 500 mg.</p> <p>* For use in combination regimens for eradication of <i>H. Pylori</i> in adults.</p>

Essential Medicines WHO Model List

18th edition

doxycycline ^a	Oral liquid: 25 mg/5 ml [c] ; 50 mg/5 ml (anhydrous) [c] . Solid oral dosage form: 50 mg [c] ; 100 mg (as hyclate). ^a Use in children <8 years only for life-threatening infections when no alternative exists.
□ erythromycin	Powder for injection: 500 mg (as lactobionate) in vial. Powder for oral liquid: 125 mg/5 ml (as stearate or estolate or ethyl succinate). Solid oral dosage form: 250 mg (as stearate or estolate or ethyl succinate).
□ gentamicin	Injection: 10 mg; 40 mg (as sulfate)/ml in 2-ml vial.
□ metronidazole	Injection: 500 mg in 100-ml vial. Oral liquid: 200 mg (as benzoate)/5 ml. Suppository: 500 mg; 1 g. Tablet: 200 mg to 500 mg.
nitrofurantoin	Oral liquid: 25 mg/5 ml [c] . Tablet: 100 mg.
spectinomycin	Powder for injection: 2 g (as hydrochloride) in vial.
sulfamethoxazole + trimethoprim	Injection: 80 mg + 16 mg/ml in 5-ml ampoule; 80 mg + 16 mg/ml in 10-ml ampoule. Oral liquid: 200 mg + 40 mg/5 ml. Tablet: 100 mg + 20 mg; 400 mg + 80 mg; 800 mg + 160 mg.
trimethoprim ^a	Oral liquid: 50 mg/5 ml [c] . Tablet: 100 mg; 200 mg. ^a >6 months.
Complementary List	
clindamycin	Capsule: 150 mg (as hydrochloride). Injection: 150 mg (as phosphate)/ml. Oral liquid: 75 mg/5 ml (as palmitate) [c] .
vancomycin	Powder for injection: 250 mg (as hydrochloride) in vial.
6.2.3 Antileprosy medicines	
Medicines used in the treatment of leprosy should never be used except in combination. Combination therapy is essential to prevent the emergence of drug resistance. Colour coded blister packs (MDT blister packs) containing standard two medicine (paucibacillary leprosy) or three medicine (multibacillary leprosy) combinations for adult and childhood leprosy should be used. MDT blister packs can be supplied free of charge through WHO.	

Essential Medicines
WHO Model List



18th edition







clofazimine	Capsule: 50 mg; 100 mg.
dapsone	Tablet: 25 mg; 50 mg; 100 mg.
rifampicin	Solid oral dosage form: 150 mg; 300 mg.
6.2.4 Antituberculosis medicines WHO recommends and endorses the use of fixed-dose combinations and the development of appropriate new fixed-dose combinations, including modified dosage forms, non-refrigerated products and paediatric dosage forms of assured pharmaceutical quality.	
ethambutol	Oral liquid: 25 mg/ml [c] . Tablet: 100 mg to 400 mg (hydrochloride).
ethambutol + isoniazid	Tablet: 400 mg + 150 mg.
ethambutol + isoniazid + pyrazinamide + rifampicin	Tablet: 275 mg + 75 mg + 400 mg + 150 mg.
ethambutol + isoniazid + rifampicin	Tablet: 275 mg + 75 mg + 150 mg.
isoniazid	Oral liquid: 50 mg/5 ml [c] . Tablet: 100 mg to 300 mg. Tablet (scored): 50 mg.
isoniazid + pyrazinamide + rifampicin	Tablet: 75 mg + 400 mg + 150 mg. 150 mg + 500 mg + 150 mg (For intermittent use three times weekly).
isoniazid + rifampicin	Tablet: 75 mg + 150 mg; 150 mg + 300 mg. 60 mg + 60 mg (For intermittent use three times weekly). 150 mg + 150 mg (For intermittent use three times weekly).
pyrazinamide	Oral liquid: 30 mg/ml [c] . Tablet: 400 mg. Tablet (dispersible): 150 mg. Tablet (scored): 150 mg.
rifabutin*	Capsule: 150 mg. * For use only in patients with HIV receiving protease inhibitors.
rifampicin	Oral liquid: 20 mg/ml [c] . Solid oral dosage form: 150 mg; 300 mg.
streptomycin	Powder for injection: 1 g (as sulfate) in vial.
Complementary List	
<i>Reserve second-line drugs for the treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) should be used in specialized centres adhering to WHO standards for TB control.</i>	
amikacin	Powder for injection: 100 mg; 500 mg; 1 g (as sulfate) in vial.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition




<i>capreomycin</i>	Powder for injection: 1 g (as sulfate) in vial.
<i>cycloserine</i>	Solid oral dosage form: 250 mg.
<i>ethionamide*</i>	Tablet: 125 mg; 250 mg. <i>*Prothionamide may be an alternative.</i>
<i>kanamycin</i>	Powder for injection: 1 g (as sulfate) in vial.
<i>levofloxacin*</i>	Tablet: 250 mg; 500 mg; 750 mg. <i>* Ofloxacin and moxifloxacin may be alternatives based on availability and programme considerations.</i>
<i>p-aminosalicylic acid</i>	Granules: 4 g in sachet. Tablet: 500 mg.
<i>streptomycin [c]</i>	Powder for injection: 1 g (as sulfate) in vial.
6.3 Antifungal medicines	
amphotericin B	Powder for injection: 50 mg in vial (as sodium deoxycholate or liposomal complex).
clotrimazole	Vaginal cream: 1%; 10%. Vaginal tablet: 100 mg; 500 mg.
<input type="checkbox"/> fluconazole	Capsule: 50 mg. Injection: 2 mg/ml in vial. Oral liquid: 50 mg/5 ml.
flucytosine	Capsule: 250 mg. Infusion: 2.5 g in 250 ml.
griseofulvin	Oral liquid: 125 mg/5 ml [c]. Solid oral dosage form: 125 mg; 250 mg.
nystatin	Lozenge: 100 000 IU. Oral liquid: 50 mg/5 ml [c]; 100 000 IU/ml [c]. Pessary: 100 000 IU. Tablet: 100 000 IU; 500 000 IU.
Complementary List	
<i>potassium iodide</i>	Saturated solution.
6.4 Antiviral medicines	
6.4.1 Antiherpes medicines	
<input type="checkbox"/> aciclovir	Oral liquid: 200 mg/5 ml [c]. Powder for injection: 250 mg (as sodium salt) in vial. Tablet: 200 mg.

6.4.2 Antiretrovirals	
<p>Based on current evidence and experience of use, medicines in the following three classes of antiretrovirals are included as essential medicines for treatment and prevention of HIV (prevention of mother-to-child transmission and post-exposure prophylaxis). WHO emphasizes the importance of using these products in accordance with global and national guidelines. WHO recommends and endorses the use of fixed-dose combinations and the development of appropriate new fixed-dose combinations, including modified dosage forms, non-refrigerated products and paediatric dosage forms of assured pharmaceutical quality.</p> <p>Scored tablets can be used in children and therefore can be considered for inclusion in the listing of tablets, provided adequate quality products are available.</p>	
6.4.2.1 Nucleoside/Nucleotide reverse transcriptase inhibitors	
abacavir (ABC)	<p>Oral liquid: 100 mg (as sulfate)/5 ml.</p> <p>Tablet: 300 mg (as sulfate).</p>
didanosine (ddI)	<p>Buffered powder for oral liquid: 100 mg; 167 mg; 250 mg packets.</p> <p>Capsule (unbuffered enteric-coated): 125 mg; 200 mg; 250 mg; 400 mg.</p> <p>Tablet (buffered chewable, dispersible): 25 mg; 50 mg; 100 mg; 150 mg; 200 mg.</p>
emtricitabine (FTC)* 	<p>Capsule: 200 mg.</p> <p>Oral liquid: 10 mg/ml.</p> <p>* FTC is an acceptable alternative to 3TC, based on knowledge of the pharmacology, the resistance patterns and clinical trials of antiretrovirals.</p> <p> > 3 months.</p>
lamivudine (3TC)	<p>Oral liquid: 50 mg/5 ml.</p> <p>Tablet: 150 mg.</p>
stavudine (d4T)	<p>Capsule: 15 mg; 20 mg; 30 mg.</p> <p>Powder for oral liquid: 5 mg/5 ml.</p>
tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	<p>Tablet: 300 mg (tenofovir disoproxil fumarate – equivalent to 245 mg tenofovir disoproxil).</p>
zidovudine (ZDV or AZT)	<p>Capsule: 100 mg; 250 mg.</p> <p>Oral liquid: 50 mg/5 ml.</p> <p>Solution for IV infusion injection: 10 mg/ml in 20-ml vial.</p> <p>Tablet: 300 mg.</p>

6.4.2.2 Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors	
efavirenz (EFV or EFZ) 	<p>Capsule: 50 mg; 100 mg; 200 mg.</p> <p>Oral liquid: 150 mg/5 ml.</p> <p>Tablet: 600 mg.</p> <p> >3 years or >10 kg weight.</p>
nevirapine (NVP)	<p>Oral liquid: 50 mg/5 ml.</p> <p>Tablet: 200 mg.</p>
6.4.2.3 Protease inhibitors	
<p>Selection of protease inhibitor(s) from the Model List will need to be determined by each country after consideration of international and national treatment guidelines and experience. Ritonavir is recommended for use in combination as a pharmacological booster, and not as an antiretroviral in its own right. All other protease inhibitors should be used in boosted forms (e.g. with ritonavir).</p>	
atazanavir 	<p>Solid oral dosage form: 100 mg; 150 mg; 300 mg (as sulfate).</p> <p> >25 kg.</p>
indinavir (IDV)	Solid oral dosage form: 400 mg (as sulfate).
lopinavir + ritonavir (LPV/r)	<p>Capsule: 133.3 mg + 33.3 mg.</p> <p>Oral liquid: 400 mg + 100 mg/5 ml.</p> <p>Tablet (heat stable): 100 mg + 25 mg; 200 mg + 50 mg.</p>
ritonavir	<p>Oral liquid: 400 mg/5 ml.</p> <p>Solid oral dosage form: 100 mg.</p> <p>Tablet (heat stable): 25 mg; 100 mg.</p>
saquinavir (SQV) 	<p>Solid oral dosage form: 200 mg; 500 mg (as mesilate).</p> <p> >25 kg.</p>
FIXED-DOSE COMBINATIONS	
efavirenz + emtricitabine* + tenofovir	<p>Tablet: 600 mg + 200 mg + 300 mg (disoproxil fumarate equivalent to 245 mg tenofovir disoproxil).</p> <p>* FTC is an acceptable alternative to 3TC, based on knowledge of the pharmacology, the resistance patterns and clinical trials of antiretrovirals.</p>
emtricitabine* + tenofovir	<p>Tablet: 200 mg + 300 mg (disoproxil fumarate equivalent to 245 mg tenofovir disoproxil).</p> <p>* FTC is an acceptable alternative to 3TC, based on knowledge of the pharmacology, the resistance patterns and clinical trials of antiretrovirals.</p>

Essential Medicines
WHO Model List

18th edition

lamivudine + nevirapine + stavudine	Tablet: 150 mg + 200 mg + 30 mg. Tablet (dispersible): 30 mg + 50 mg + 6 mg [c] ; 60 mg + 100 mg + 12 mg [c] .
lamivudine + nevirapine + zidovudine	Tablet: 30 mg + 50 mg + 60 mg [c] ; 150 mg + 200 mg + 300 mg.
lamivudine + zidovudine	Tablet: 30 mg + 60 mg [c] ; 150 mg + 300 mg.
6.4.3 Other antivirals	
oseltamivir*	Capsule: 30 mg; 45 mg; 75 mg (as phosphate). Oral powder: 12 mg/ml. * Potentially severe or complicated illness due to confirmed or suspected influenza virus infection in accordance with WHO Treatment Guidelines.
ribavirin*	Injection for intravenous administration: 800 mg and 1 g in 10-ml phosphate buffer solution. Solid oral dosage form: 200 mg; 400 mg; 600 mg. * For the treatment of viral haemorrhagic fevers and in combination with pegylated interferons for the treatment of hepatitis C.
<i>Complementary List</i>	
pegylated interferon alpha (2a or 2b)*	Vial or prefilled syringe: 180 micrograms (peginterferon alfa-2a); 80 micrograms; 100 micrograms (peginterferon alfa-2b). * To be used in combination with ribavirin.
6.5 Antiprotozoal medicines	
6.5.1 Antiamoebic and anti giardiasis medicines	
diloxanide 	Tablet: 500 mg (furoate).  > 25 kg.
 metronidazole	Injection: 500 mg in 100-ml vial. Oral liquid: 200 mg (as benzoate)/5 ml. Tablet: 200 mg to 500 mg.
6.5.2 Antileishmaniasis medicines	
amphotericin B	Powder for injection: 50 mg in vial (as sodium deoxycholate or liposomal complex).
miltefosine	Solid oral dosage form: 10 mg; 50 mg.
paromomycin	Solution for intramuscular injection: 750 mg of paromomycin base (as the sulfate).
sodium stibogluconate or meglumine antimoniate	Injection: 100 mg/ml, 1 vial = 30 ml or 30%, equivalent to approximately 8.1% antimony (pentavalent) in 5-ml ampoule.

6.5.3 Antimalarial medicines	
6.5.3.1 For curative treatment	
Medicines for the treatment of <i>P. falciparum</i> malaria cases should be used in combination. The list currently recommends combinations according to treatment guidelines. WHO recognizes that not all of the FDCs in the WHO Treatment Guidelines exist, and encourages their development and rigorous testing. WHO also encourages development and testing of rectal dosage formulations.	
amodiaquine*	Tablet: 153 mg or 200 mg (as hydrochloride). * To be used in combination with artesunate 50 mg.
artemether*	Oily injection: 80 mg/ml in 1-ml ampoule. * For use in the management of severe malaria.
artemether + lumefantrine*	Tablet: 20 mg + 120 mg. Tablet (dispersible): 20 mg + 120 mg [c] . * Not recommended in the first trimester of pregnancy or in children below 5 kg.
artesunate*	Injection: ampoules, containing 60 mg anhydrous artesunic acid with a separate ampoule of 5% sodium bicarbonate solution. For use in the management of severe malaria. Rectal dosage form: 50 mg [c] ; 200 mg capsules (for pre-referral treatment of severe malaria only; patients should be taken to an appropriate health facility for follow-up care) [c] . Tablet: 50 mg. * To be used in combination with either amodiaquine, mefloquine or sulfadoxine + pyrimethamine.
artesunate + amodiaquine*	Tablet: 25 mg + 67.5 mg; 50 mg + 135 mg; 100 mg + 270 mg. * Other combinations that deliver the target doses required such as 153 mg or 200 mg (as hydrochloride) with 50 mg artesunate can be alternatives.
artesunate + mefloquine	Tablet: 25 mg + 55 mg; 100 mg + 220 mg.
chloroquine*	Oral liquid: 50 mg (as phosphate or sulfate)/5 ml. Tablet: 100 mg; 150 mg (as phosphate or sulfate). * For use only for the treatment of <i>P. vivax</i> infection.
doxycycline*	Capsule: 100 mg (as hydrochloride or hyclate). Tablet (dispersible): 100 mg (as monohydrate). * For use only in combination with quinine.
mefloquine*	Tablet: 250 mg (as hydrochloride). * To be used in combination with artesunate 50 mg.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

primaquine*	Tablet: 7.5 mg; 15 mg (as diphosphate). * Only for use to achieve radical cure of <i>P.vivax</i> and <i>P.ovale</i> infections, given for 14 days.
quinine*	Injection: 300 mg quinine hydrochloride/ml in 2-ml ampoule. Tablet: 300 mg (quinine sulfate) or 300 mg (quinine bisulfate). * For use only in the management of severe malaria, and should be used in combination with doxycycline.
sulfadoxine + pyrimethamine*	Tablet: 500 mg + 25 mg. * Only in combination with artesunate 50 mg.
6.5.3.2 For prophylaxis	
chloroquine*	Oral liquid: 50 mg (as phosphate or sulfate)/5 ml. Tablet: 150 mg (as phosphate or sulfate). * For use only in central American regions, for use for <i>P.vivax</i> .
doxycycline a	Solid oral dosage form: 100 mg (as hydrochloride or hyclate). a >8 years.
mefloquine a	Tablet: 250 mg (as hydrochloride). a >5 kg or >3 months.
proguanil*	Tablet: 100 mg (as hydrochloride). * For use only in combination with chloroquine.
6.5.4 Antipneumocystosis and antitoxoplasmosis medicines	
pyrimethamine	Tablet: 25 mg.
sulfadiazine	Tablet: 500 mg.
sulfamethoxazole + trimethoprim	Injection: 80 mg + 16 mg/ml in 5-ml ampoule; 80 mg + 16 mg/ml in 10-ml ampoule. Oral liquid: 200 mg + 40 mg/5 ml [c] . Tablet: 100 mg + 20 mg; 400 mg + 80 mg [c] .
Complementary List	
pentamidine	Tablet: 200 mg; 300 mg (as isethionate).
6.5.5 Antitrypanosomal medicines	
6.5.5.1 African trypanosomiasis	
Medicines for the treatment of 1st stage African trypanosomiasis	
pentamidine*	Powder for injection: 200 mg (as isetionate) in vial. * To be used for the treatment of <i>Trypanosoma brucei gambiense</i> infection.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

suramin sodium*	Powder for injection: 1 g in vial. * To be used for the treatment of the initial phase of <i>Trypanosoma brucei rhodesiense</i> infection.
Medicines for the treatment of 2nd stage African trypanosomiasis	
eflornithine*	Injection: 200 mg (hydrochloride)/ml in 100-ml bottle. * To be used for the treatment of <i>Trypanosoma brucei gambiense</i> infection.
melarsoprol	Injection: 3.6% solution, 5-ml ampoule (180 mg of active compound).
nifurtimox*	Tablet: 120 mg. * Only to be used in combination with eflornithine, for the treatment of <i>Trypanosoma brucei gambiense</i> infection.
<i>Complementary List [c]</i>	
melarsoprol	Injection: 3.6% solution in 5-ml ampoule (180 mg of active compound).
6.5.5.2 American trypanosomiasis	
benznidazole	Tablet: 12.5 mg [c]; 100 mg. Tablet (scored): 50 mg.
nifurtimox	Tablet: 30 mg; 120 mg; 250 mg.
7. ANTIMIGRAINE MEDICINES	
7.1 For treatment of acute attack	
acetylsalicylic acid	Tablet: 300 mg to 500 mg.
ibuprofen [c]	Tablet: 200 mg; 400 mg.
paracetamol	Oral liquid: 125 mg/5 ml [c]. Tablet: 300 mg to 500 mg.
7.2 For prophylaxis	
□ propranolol	Tablet: 20 mg; 40 mg (hydrochloride).
8. ANTINEOPLASTIC AND IMMUNOSUPPRESSIVES	
This section will be reviewed and updated shortly. In view of this, no changes were made to this section during the 19th Expert Committee.	
8.1 Immunosuppressive medicines	
<i>Complementary List</i>	
azathioprine	Powder for injection: 100 mg (as sodium salt) in vial. Tablet (scored): 50 mg.
ciclosporin	Capsule: 25 mg. Concentrate for injection: 50 mg/ml in 1-ml ampoule for organ transplantation.

8.2 Cytotoxic and adjuvant medicines	
Complementary List	
allopurinol [c]	Tablet: 100 mg; 300 mg.
asparaginase	Powder for injection: 10 000 IU in vial.
bleomycin	Powder for injection: 15 mg (as sulfate) in vial.
calcium folinate	Injection: 3 mg/ml in 10-ml ampoule. Tablet: 15 mg.
□ carboplatin	Injection: 50 mg/5 ml; 150 mg/15 ml; 450 mg/45 ml; 600 mg/60 ml.
chlorambucil	Tablet: 2 mg.
cyclophosphamide	Powder for injection: 500 mg in vial. Tablet: 25 mg.
cytarabine	Powder for injection: 100 mg in vial.
dacarbazine	Powder for injection: 100 mg in vial.
dactinomycin	Powder for injection: 500 micrograms in vial.
daunorubicin	Powder for injection: 50 mg (hydrochloride) in vial.
docetaxel	Injection: 20 mg/ml; 40 mg/ml.
doxorubicin	Powder for injection: 10 mg; 50 mg (hydrochloride) in vial.
etoposide	Capsule: 100 mg. Injection: 20 mg/ml in 5-ml ampoule.
fluorouracil	Injection: 50 mg/ml in 5-ml ampoule.
hydroxycarbamide	Solid oral dosage form: 200 mg; 250 mg; 300 mg; 400 mg; 500 mg; 1 g.
ifosfamide	Powder for injection: 1 g vial; 2 g vial.
mercaptopurine	Tablet: 50 mg.
mesna	Injection: 100 mg/ml in 4-ml and 10-ml ampoules. Tablet: 400 mg; 600 mg.
methotrexate	Powder for injection: 50 mg (as sodium salt) in vial. Tablet: 2.5 mg (as sodium salt).
paclitaxel	Powder for injection: 6 mg/ml.
procarbazine	Capsule: 50 mg (as hydrochloride).
thioguanine [c]	Solid oral dosage form: 40 mg.
vinblastine	Powder for injection: 10 mg (sulfate) in vial.
vincristine	Powder for injection: 1 mg; 5 mg (sulfate) in vial.

8.3 Hormones and antihormones	
Complementary List	
<i>dexamethasone</i>	Injection: 4 mg/ml in 1-ml ampoule (as disodium phosphate salt). Oral liquid: 2 mg/5 ml [c] .
<i>hydrocortisone</i>	Powder for injection: 100 mg (as sodium succinate) in vial.
<i>methylprednisolone</i> [c]	Injection: 40 mg/ml (as sodium succinate) in 1-ml single dose vial and 5-ml multidose vials; 80 mg/ml (as sodium succinate) in 1-ml single dose vial.
□ <i>prednisolone</i>	Oral liquid: 5 mg/ml [c] . Tablet: 5 mg; 25 mg.
<i>tamoxifen</i>	Tablet: 10 mg; 20 mg (as citrate).
9. ANTIPARKINSONISM MEDICINES	
□ <i>biperiden</i>	Injection: 5 mg (lactate) in 1-ml ampoule. Tablet: 2 mg (hydrochloride).
levodopa + □ <i>carbidopa</i>	Tablet: 100 mg + 10 mg; 100 mg + 25 mg; 250 mg + 25 mg.
10. MEDICINES AFFECTING THE BLOOD	
10.1 Antianaemia medicines	
<i>ferrous salt</i>	Oral liquid: equivalent to 25 mg iron (as sulfate)/ml. Tablet: equivalent to 60 mg iron.
<i>ferrous salt + folic acid</i>	Tablet equivalent to 60 mg iron + 400 micrograms folic acid (nutritional supplement for use during pregnancy).
<i>folic acid</i>	Tablet: 1 mg; 5 mg.
<i>hydroxocobalamin</i>	Injection: 1 mg (as acetate, hydrochloride or as sulfate) in 1-ml ampoule.
10.2 Medicines affecting coagulation	
<i>heparin sodium</i>	Injection: 1000 IU/ml; 5000 IU/ml; 20 000 IU/ml in 1-ml ampoule.
<i>phytomenadione</i>	Injection: 1 mg/ml [c] ; 10 mg/ml in 5-ml ampoule. Tablet: 10 mg.
<i>protamine sulfate</i>	Injection: 10 mg/ml in 5-ml ampoule.
<i>tranexamic acid</i>	Injection: 100 mg/ml in 10-ml ampoule.
□ <i>warfarin</i>	Tablet: 1 mg; 2 mg; 5 mg (sodium salt).
Complementary List [c]	
<i>heparin sodium</i>	Injection: 1000 IU/ml; 5000 IU/ml in 1-ml ampoule.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

<i>protamine sulfate</i>	Injection: 10 mg/ml in 5-ml ampoule.
<input type="checkbox"/> <i>warfarin</i>	Tablet: 0.5 mg; 1 mg; 2 mg; 5 mg (sodium salt).
10.3 Other medicines for haemoglobinopathies	
<i>Complementary List</i>	
<i>deferoxamine*</i>	Powder for injection: 500 mg (mesilate) in vial. * <i>Deferasirox oral form may be an alternative, depending on cost and availability.</i>
<i>hydroxycarbamide</i>	Solid oral dosage form: 200 mg; 500 mg; 1 g.
11. BLOOD PRODUCTS AND PLASMA SUBSTITUTES (under construction, the section will be updated in the EM list that will be published together with the full report of the Expert Committee meeting)	
12. CARDIOVASCULAR MEDICINES	
12.1 Antianginal medicines	
<input type="checkbox"/> bisoprolol*	Tablet: 1.25 mg; 5 mg. * <input type="checkbox"/> includes metoprolol and carvedilol as alternatives.
glyceryl trinitrate	Tablet (sublingual): 500 micrograms.
<input type="checkbox"/> isosorbide dinitrate	Tablet (sublingual): 5 mg.
verapamil	Tablet: 40 mg; 80 mg (hydrochloride).
12.2 Antiarrhythmic medicines	
<input type="checkbox"/> bisoprolol*	Tablet: 1.25 mg; 5 mg. * <input type="checkbox"/> includes metoprolol and carvedilol as alternatives.
digoxin	Injection: 250 micrograms/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 50 micrograms/ml. Tablet: 62.5 micrograms; 250 micrograms.
epinephrine (adrenaline)	Injection: 100 micrograms/ml (as acid tartrate or hydrochloride) in 10-ml ampoule.
lidocaine	Injection: 20 mg (hydrochloride)/ml in 5-ml ampoule.
verapamil	Injection: 2.5 mg (hydrochloride)/ml in 2-ml ampoule. Tablet: 40 mg; 80 mg (hydrochloride).
<i>Complementary List</i>	
<i>amiodarone</i>	Injection: 50 mg/ml in 3-ml ampoule (hydrochloride). Tablet (HCl): 100 mg; 200 mg; 400 mg (hydrochloride).
12.3 Antihypertensive medicines	
<input type="checkbox"/> amlodipine	Tablet: 5 mg (as maleate, mesylate or besylate).
<input type="checkbox"/> bisoprolol*	Tablet: 1.25 mg; 5 mg. * <input type="checkbox"/> includes metoprolol and carvedilol as alternatives.

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

<input type="checkbox"/> enalapril	Tablet: 2.5 mg; 5 mg (as hydrogen maleate).
hydralazine*	Powder for injection: 20 mg (hydrochloride) in ampoule. Tablet: 25 mg; 50 mg (hydrochloride). * Hydralazine is listed for use in the acute management of severe pregnancy-induced hypertension only. Its use in the treatment of essential hypertension is not recommended in view of the availability of more evidence of efficacy and safety of other medicines.
<input type="checkbox"/> hydrochlorothiazide	Oral liquid: 50 mg/5 ml. Solid oral dosage form: 12.5 mg; 25 mg.
methyldopa*	Tablet: 250 mg. * Methyldopa is listed for use in the management of pregnancy-induced hypertension only. Its use in the treatment of essential hypertension is not recommended in view of the availability of more evidence of efficacy and safety of other medicines.
Complementary List	
sodium nitroprusside	Powder for infusion: 50 mg in ampoule.
12.4 Medicines used in heart failure	
<input type="checkbox"/> bisoprolol*	Tablet: 1.25 mg; 5 mg. * <input type="checkbox"/> includes metoprolol and carvedilol as alternatives.
digoxin	Injection: 250 micrograms/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 50 micrograms/ml. Tablet: 62.5 micrograms; 250 micrograms.
<input type="checkbox"/> enalapril	Tablet: 2.5 mg; 5 mg (as hydrogen maleate).
<input type="checkbox"/> furosemide	Injection: 10 mg/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 20 mg/5 ml [c] . Tablet: 40 mg.
<input type="checkbox"/> hydrochlorothiazide	Oral liquid: 50 mg/5 ml. Solid oral dosage form: 25 mg.
spironolactone	Tablet: 25 mg.
Complementary List	
dopamine	Injection: 40 mg/ml (hydrochloride) in 5-ml vial.
12.5 Antithrombotic medicines	
acetylsalicylic acid	Tablet: 100 mg.
Complementary List	

Essential Medicines
WHO Model List

18th edition

<i>streptokinase</i>	<i>Powder for injection: 1.5 million IU in vial.</i>
12.6 Lipid-lowering agents	
<input type="checkbox"/> simvastatin*	Tablet: 5 mg; 10 mg; 20 mg; 40 mg. * For use in high-risk patients.
13. DERMATOLOGICAL MEDICINES (topical)	
13.1 Antifungal medicines	
<input type="checkbox"/> miconazole	Cream or ointment: 2% (nitrate).
selenium sulfide	Detergent-based suspension: 2%.
sodium thiosulfate	Solution: 15%.
terbinafine	Cream: 1% or Ointment: 1% terbinafine hydrochloride.
13.2 Anti-infective medicines	
mupirocin	Cream (as mupirocin calcium): 2%. Ointment: 2%.
potassium permanganate	Aqueous solution: 1:10 000.
silver sulfadiazine ^a	Cream: 1%. ^a > 2 months.
13.3 Anti-inflammatory and antipruritic medicines	
<input type="checkbox"/> betamethasone ^a	Cream or ointment: 0.1% (as valerate). ^a Hydrocortisone preferred in neonates.
<input type="checkbox"/> calamine	Lotion.
<input type="checkbox"/> hydrocortisone	Cream or ointment: 1% (acetate).
13.4 Medicines affecting skin differentiation and proliferation	
benzoyl peroxide	Cream or lotion: 5%.
coal tar	Solution: 5%.
fluorouracil	Ointment: 5%.
<input type="checkbox"/> podophyllum resin	Solution: 10% to 25%.
salicylic acid	Solution: 5%.
urea	Cream or ointment: 5%; 10%.
13.5 Scabicides and pediculicides	
<input type="checkbox"/> benzyl benzoate ^a	Lotion: 25%. ^a > 2 years.
permethrin	Cream: 5%. Lotion: 1%.
14. DIAGNOSTIC AGENTS	

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

14.1 Ophthalmic medicines	
fluorescein	Eye drops: 1% (sodium salt).
<input type="checkbox"/> tropicamide	Eye drops: 0.5%.
14.2 Radiocontrast media	
<input type="checkbox"/> amidotrizoate	Injection: 140 mg to 420 mg iodine (as sodium or meglumine salt)/ml in 20-ml ampoule.
barium sulfate	Aqueous suspension.
<input type="checkbox"/> iohexol	Injection: 140 mg to 350 mg iodine/ml in 5-ml; 10-ml; 20-ml ampoules.
<i>Complementary List</i>	
barium sulfate [c]	Aqueous suspension.
<input type="checkbox"/> meglumine iotroxate	Solution: 5 g to 8 g iodine in 100 ml to 250 ml.
15. DISINFECTANTS AND ANTISEPTICS	
15.1 Antiseptics	
<input type="checkbox"/> chlorhexidine	Solution: 5% (digluconate).
<input type="checkbox"/> ethanol	Solution: 70% (denatured).
<input type="checkbox"/> polyvidone iodine	Solution: 10% (equivalent to 1% available iodine).
15.2 Disinfectants	
<input type="checkbox"/> chlorine base compound	Powder: (0.1% available chlorine) for solution.
<input type="checkbox"/> chloroxylenol	Solution: 4.8%.
glutaral	Solution: 2%.
16. DIURETICS	
amiloride	Tablet: 5 mg (hydrochloride).
<input type="checkbox"/> furosemide	Injection: 10 mg/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 20 mg/5 ml [c] . Tablet: 10 mg [c] ; 20 mg [c] ; 40 mg.
<input type="checkbox"/> hydrochlorothiazide	Solid oral dosage form: 25 mg.
mannitol	Injectable solution: 10%; 20%.
spironolactone	Tablet: 25 mg.
<i>Complementary List [c]</i>	
<input type="checkbox"/> hydrochlorothiazide	Tablet (scored): 25 mg.
mannitol	Injectable solution: 10%; 20%.
spironolactone	Oral liquid: 5 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 25 mg/5 ml. Tablet: 25 mg.
17. GASTROINTESTINAL MEDICINES	

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

<i>Complementary List [c]</i>	
<input type="checkbox"/> pancreatic enzymes	<i>Age-appropriate formulations and doses including lipase, protease and amylase.</i>
17.1 Antiulcer medicines	
<input type="checkbox"/> omeprazole	Powder for oral liquid: 20 mg; 40 mg sachets. Solid oral dosage form: 10 mg; 20 mg; 40 mg.
<input type="checkbox"/> ranitidine	Injection: 25 mg/ml (as hydrochloride) in 2-ml ampoule. Oral liquid: 75 mg/5 ml (as hydrochloride). Tablet: 150 mg (as hydrochloride).
17.2 Antiemetic medicines	
dexamethasone	Injection: 4 mg/ml in 1-ml ampoule (as disodium phosphate salt). Oral liquid: 0.5 mg/5 ml; 2 mg/5 ml. Solid oral dosage form: 0.5 mg; 0.75 mg; 1.5 mg; 4 mg.
metoclopramide <input type="checkbox"/> a	Injection: 5 mg (hydrochloride)/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 5 mg/5 ml [c]. Tablet: 10 mg (hydrochloride). <input type="checkbox"/> a Not in neonates.
ondansetron <input type="checkbox"/> a	Injection: 2 mg base/ml in 2-ml ampoule (as hydrochloride). Oral liquid: 4 mg base/5 ml. Solid oral dosage form: Eq 4 mg base; Eq 8 mg base; Eq 24 mg base. <input type="checkbox"/> a > 1 month.
17.3 Anti-inflammatory medicines	
<input type="checkbox"/> sulfasalazine	Retention enema. Suppository: 500 mg. Tablet: 500 mg.
<i>Complementary List</i>	
<input type="checkbox"/> hydrocortisone	Retention enema. Suppository: 25 mg (acetate). (the <input type="checkbox"/> only applies to hydrocortisone retention enema).
17.4 Laxatives	
<input type="checkbox"/> senna	Tablet: 7.5 mg (sennosides) (or traditional dosage forms).

17.5 Medicines used in diarrhoea																					
17.5.1 Oral rehydration																					
oral rehydration salts	<p>Powder for dilution in 200 ml; 500 ml; 1 L.</p> <table> <tr><td>glucose:</td><td>75 mEq</td></tr> <tr><td>sodium:</td><td>75 mEq or mmol/L</td></tr> <tr><td>chloride:</td><td>65 mEq or mmol/L</td></tr> <tr><td>potassium:</td><td>20 mEq or mmol/L</td></tr> <tr><td>citrate:</td><td>10 mmol/L</td></tr> <tr><td>osmolarity:</td><td>245 mOsm/L</td></tr> <tr><td>glucose:</td><td>13.5 g/L</td></tr> <tr><td>sodium chloride:</td><td>2.6 g/L</td></tr> <tr><td>potassium chloride:</td><td>1.5 g/L</td></tr> <tr><td>trisodium citrate dihydrate+:</td><td>2.9 g/L</td></tr> </table> <p>+ trisodium citrate dihydrate may be replaced by sodium hydrogen carbonate (sodium bicarbonate) 2.5 g/L. However, as the stability of this latter formulation is very poor under tropical conditions, it is only recommended when manufactured for immediate use.</p>	glucose:	75 mEq	sodium:	75 mEq or mmol/L	chloride:	65 mEq or mmol/L	potassium:	20 mEq or mmol/L	citrate:	10 mmol/L	osmolarity:	245 mOsm/L	glucose:	13.5 g/L	sodium chloride:	2.6 g/L	potassium chloride:	1.5 g/L	trisodium citrate dihydrate+:	2.9 g/L
glucose:	75 mEq																				
sodium:	75 mEq or mmol/L																				
chloride:	65 mEq or mmol/L																				
potassium:	20 mEq or mmol/L																				
citrate:	10 mmol/L																				
osmolarity:	245 mOsm/L																				
glucose:	13.5 g/L																				
sodium chloride:	2.6 g/L																				
potassium chloride:	1.5 g/L																				
trisodium citrate dihydrate+:	2.9 g/L																				
17.5.2 Medicines for diarrhoea in children																					
zinc sulfate*	<p>Solid oral dosage form: 20 mg.</p> <p>* In acute diarrhoea zinc sulfate should be used as an adjunct to oral rehydration salts.</p>																				
18. HORMONES, OTHER ENDOCRINE MEDICINES AND CONTRACEPTIVES																					
18.1 Adrenal hormones and synthetic substitutes																					
fludrocortisone	Tablet: 100 micrograms (acetate).																				
hydrocortisone	Tablet: 5 mg; 10 mg; 20 mg.																				
18.2 Androgens																					
<i>Complementary List</i>																					
testosterone	Injection: 200 mg (enanthate) in 1-ml ampoule.																				
18.3 Contraceptives																					
18.3.1 Oral hormonal contraceptives																					
<input type="checkbox"/> ethinylestradiol + <input type="checkbox"/> levonorgestrel	Tablet: 30 micrograms + 150 micrograms.																				
<input type="checkbox"/> ethinylestradiol + <input type="checkbox"/> norethisterone	Tablet: 35 micrograms + 1 mg.																				
levonorgestrel	Tablet: 30 micrograms; 750 micrograms (pack of two); 1.5 mg.																				
18.3.2 Injectable hormonal contraceptives																					
estradiol cypionate + medroxyprogesterone acetate	Injection: 5 mg + 25 mg.																				
medroxyprogesterone acetate	Depot injection: 150 mg/ml in 1-ml vial.																				
norethisterone enantate	Oily solution: 200 mg/ml in 1-ml ampoule.																				

18.3.3 Intrauterine devices	
copper-containing device	
18.3.4 Barrier methods	
condoms	
diaphragms	
18.3.5 Implantable contraceptives	
levonorgestrel-releasing implant	Two-rod levonorgestrel-releasing implant, each rod containing 75 mg of levonorgestrel (150 mg total).
18.4 Estrogens	
18.5 Insulins and other medicines used for diabetes	
<input type="checkbox"/> gliclazide*	Oral solid dosage form (controlled release tablets): 30 mg; 60 mg; 80 mg. * Glibenclamide not suitable above 60 years.
glucagon	Injection: 1 mg/ml.
insulin injection (soluble)	Injection: 40 IU/ml in 10-ml vial; 100 IU/ml in 10-ml vial.
intermediate-acting insulin	Injection: 40 IU/ml in 10-ml vial; 100 IU/ml in 10-ml vial (as compound insulin zinc suspension or isophane insulin).
metformin	Tablet: 500 mg (hydrochloride).
<i>Complementary List [c]</i>	
metformin	Tablet: 500 mg (hydrochloride).
18.6 Ovulation inducers	
<i>Complementary List</i>	
clomifene	Tablet: 50 mg (citrate).
18.7 Progestogens	
<input type="checkbox"/> medroxyprogesterone acetate	Tablet: 5 mg.
18.8 Thyroid hormones and antithyroid medicines	
levothyroxine	Tablet: 25 micrograms [c]; 50 micrograms; 100 micrograms (sodium salt).
potassium iodide	Tablet: 60 mg.
<input type="checkbox"/> propylthiouracil	Tablet: 50 mg.
<i>Complementary List [c]</i>	
Lugol's solution	Oral liquid: about 130 mg total iodine/ml.
potassium iodide	Tablet: 60 mg.
propylthiouracil	Tablet: 50 mg.

Essential Medicines WHO Model List




18th edition

19. IMMUNOLOGICALS	
19.1 Diagnostic agents	
All tuberculins should comply with the WHO Requirements for Tuberculins.	
tuberculin, purified protein derivative (PPD)	Injection.
19.2 Sera and immunoglobulins	
All plasma fractions should comply with the WHO Requirements.	
anti-D immunoglobulin (human)	Injection: 250 micrograms in single-dose vial.
antirabies immunoglobulin (human)	Injection: 150 IU/ml in vial.
antitetanus immunoglobulin (human)	Injection: 500 IU in vial.
antivenom immunoglobulin*	Injection. * Exact type to be defined locally.
diphtheria antitoxin	Injection: 10 000 IU; 20 000 IU in vial.
19.3 Vaccines	
<p>Selection of vaccines from the Model List will need to be determined by each country after consideration of international recommendations, epidemiology and national priorities. The list below details the vaccines for which there is either a recommendation from the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) (http://www.who.int/immunization/sage_conclusions/en/index.html) and/or a WHO position paper (http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/index.html). This site will be updated as new position papers are published and contains the most recent information and recommendations.</p> <p>All vaccines should comply with the WHO Requirements for Biological Substances.</p> <p>WHO noted the need for vaccines used in children to be polyvalent.</p>	
BCG vaccine	
cholera vaccine	
diphtheria vaccine	
<i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccine	
hepatitis A vaccine	
hepatitis B vaccine	
influenza vaccine	
Japanese encephalitis vaccine	
measles vaccine	
meningococcal meningitis vaccine	
mumps vaccine	
pertussis vaccine	
pneumococcal vaccine	

Essential Medicines
WHO Model List

18th edition

poliomyelitis vaccine	
rabies vaccine	
rotavirus vaccine	
rubella vaccine	
tetanus vaccine	
typhoid vaccine	
varicella vaccine	
yellow fever vaccine	
20. MUSCLE RELAXANTS (PERIPHERALLY-ACTING) AND CHOLINESTERASE INHIBITORS	
<input type="checkbox"/> atracurium	Injection: 10 mg/ml (besylate).
neostigmine	Injection: 500 micrograms in 1-ml ampoule; 2.5 mg (metilsulfate) in 1-ml ampoule. Tablet: 15 mg (bromide).
suxamethonium	Injection: 50 mg (chloride)/ml in 2-ml ampoule. Powder for injection (chloride), in vial.
<input type="checkbox"/> vecuronium [c]	Powder for injection: 10 mg (bromide) in vial.
<i>Complementary List</i>	
<i>pyridostigmine</i>	Injection: 1 mg in 1-ml ampoule. Tablet: 60 mg (bromide).
<input type="checkbox"/> vecuronium	Powder for injection: 10 mg (bromide) in vial.
21. OPHTHALMOLOGICAL PREPARATIONS	
21.1 Anti-infective agents	
aciclovir	Ointment: 3% W/W.
azithromycin	Solution (eye drops): 1.5%.
<input type="checkbox"/> gentamicin	Solution (eye drops): 0.3% (sulfate).
<input type="checkbox"/> ofloxacin	Solution (eye drops): 0.3%.
<input type="checkbox"/> tetracycline	Eye ointment: 1% (hydrochloride).
21.2 Anti-inflammatory agents	
<input type="checkbox"/> prednisolone	Solution (eye drops): 0.5% (sodium phosphate).
21.3 Local anaesthetics	
<input type="checkbox"/> tetracaine [a]	Solution (eye drops): 0.5% (hydrochloride). [a] Not in preterm neonates.

21.4 Miotics and antiglaucoma medicines	
acetazolamide	Tablet: 250 mg.
latanoprost	Solution (eye drops): latanoprost 50 micrograms/ml.
<input type="checkbox"/> pilocarpine	Solution (eye drops): 2%; 4% (hydrochloride or nitrate).
<input type="checkbox"/> timolol	Solution (eye drops): 0.25%; 0.5% (as hydrogen maleate).
21.5 Mydriatics	
atropine* 	Solution (eye drops): 0.1%; 0.5%; 1% (sulfate). *  Or homatropine (hydrobromide) or cyclopentolate (hydrochloride).  > 3 months.
<i>Complementary List</i>	
epinephrine (adrenaline)	Solution (eye drops): 2% (as hydrochloride).
21.6 Anti-vascular endothelial growth factor (VEGF)	
<i>Complementary List</i>	
bevacizumab	Injection: 25 mg/ml.
22. OXYTOCICS AND ANTIOXYTOCICS	
22.1 Oxytocics	
<input type="checkbox"/> ergometrine	Injection: 200 micrograms (hydrogen maleate) in 1-ml ampoule.
misoprostol	Tablet: 200 micrograms.* * For management of incomplete abortion and miscarriage, and for prevention of postpartum haemorrhage where oxytocin is not available or cannot be safely used. Vaginal tablet: 25 micrograms.* * Only for use for induction of labour where appropriate facilities are available.
oxytocin	Injection: 10 IU in 1-ml.
<i>Complementary List</i>	
mifepristone* – misoprostol* <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Where permitted under national law and where culturally acceptable. </div>	Tablet 200 mg – tablet 200 micrograms. * Requires close medical supervision.
22.2 Antioxytocics (tocolytics)	
nifedipine	Immediate-release capsule: 10 mg.

23. PERITONEAL DIALYSIS SOLUTION	
<i>Complementary List</i>	
<i>intraperitoneal dialysis solution (of appropriate composition)</i>	<i>Parenteral solution.</i>
24. MEDICINES FOR MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS	
24.1 Medicines used in psychotic disorders	
<input type="checkbox"/> chlorpromazine	Injection: 25 mg (hydrochloride)/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 25 mg (hydrochloride)/5 ml. Tablet: 100 mg (hydrochloride).
<input type="checkbox"/> fluphenazine	Injection: 25 mg (decanoate or enantate) in 1-ml ampoule.
<input type="checkbox"/> haloperidol	Injection: 5 mg in 1-ml ampoule. Tablet: 2 mg; 5 mg.
risperidone	Solid oral dosage form: 0.25 mg to 6 mg.
<i>Complementary List</i>	
<i>chlorpromazine [c]</i>	Injection: 25 mg (hydrochloride)/ml in 2-ml ampoule. Oral liquid: 25 mg (hydrochloride)/5 ml. Tablet: 10 mg; 25 mg; 50 mg; 100 mg (hydrochloride).
<i>haloperidol [c]</i>	Injection: 5 mg in 1-ml ampoule. Oral liquid: 2 mg/ml. Solid oral dosage form: 0.5 mg; 2 mg; 5 mg.
<i>clozapine</i>	Solid oral dosage form: 25 mg to 200 mg.
24.2 Medicines used in mood disorders	
24.2.1 Medicines used in depressive disorders	
<input type="checkbox"/> amitriptyline	Tablet: 25 mg; 75 mg (hydrochloride).
fluoxetine	Solid oral dosage form: 20 mg (as hydrochloride).
<i>Complementary List [c]</i>	
<i>fluoxetine [a]</i>	Solid oral dosage form: 20 mg (as hydrochloride). [a] >8 years.
24.2.2 Medicines used in bipolar disorders	
carbamazepine	Tablet (scored): 100 mg; 200 mg.
lithium carbonate	Solid oral dosage form: 300 mg.
valproic acid (sodium valproate)	Tablet (enteric-coated): 200 mg; 500 mg (sodium valproate).
24.3 Medicines for anxiety disorders	
<input type="checkbox"/> diazepam	Tablet (scored): 2 mg; 5 mg.

24.4 Medicines used for obsessive compulsive disorders	
clomipramine	Capsule: 10 mg; 25 mg (hydrochloride).
24.5 Medicines for disorders due to psychoactive substance use	
nicotine replacement therapy (NRT)	Chewing gum: 2 mg; 4 mg (as polacrilex). Transdermal patch: 5 mg to 30 mg/16 hrs; 7 mg to 21 mg/24 hrs.
<i>Complementary List</i>	
<input type="checkbox"/> methadone*	Concentrate for oral liquid: 5 mg/ml; 10 mg/ml (hydrochloride). Oral liquid: 5 mg/5 ml; 10 mg/5 ml (hydrochloride). * The square box is added to include buprenorphine. The medicines should only be used within an established support programme.
25. MEDICINES ACTING ON THE RESPIRATORY TRACT	
25.1 Antiasthmatic and medicines for chronic obstructive pulmonary disease	
<input type="checkbox"/> beclometasone	Inhalation (aerosol): 50 micrograms (dipropionate) per dose; 100 micrograms (dipropionate) per dose (as CFC free forms).
<input type="checkbox"/> budesonide [c]	Inhalation (aerosol): 100 micrograms per dose; 200 micrograms per dose.
epinephrine (adrenaline)	Injection: 1 mg (as hydrochloride or hydrogen tartrate) in 1-ml ampoule.
ipratropium bromide	Inhalation (aerosol): 20 micrograms/metered dose.
<input type="checkbox"/> salbutamol	Inhalation (aerosol): 100 micrograms (as sulfate) per dose. Injection: 50 micrograms (as sulfate)/ml in 5-ml ampoule. Metered dose inhaler (aerosol): 100 micrograms (as sulfate) per dose. Respirator solution for use in nebulizers: 5 mg (as sulfate)/ml.
26. SOLUTIONS CORRECTING WATER, ELECTROLYTE AND ACID-BASE DISTURBANCES	
26.1 Oral	
oral rehydration salts	See section 17.5.1.
potassium chloride	Powder for solution.
26.2 Parenteral	
glucose	Injectable solution: 5% (isotonic); 10% (hypertonic); 50% (hypertonic).

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

glucose with sodium chloride	<p>Injectable solution: 4% glucose, 0.18% sodium chloride (equivalent to Na⁺ 30 mmol/L, Cl⁻ 30 mmol/L).</p> <p>Injectable solution: 5% glucose, 0.9% sodium chloride (equivalent to 150 mmol/L Na⁺ and 150 mmol/L Cl⁻); 5% glucose, 0.45% sodium chloride (equivalent to 75 mmol/L Na⁺ and 75 mmol/L Cl⁻) [c].</p>
potassium chloride	<p>Solution: 11.2% in 20-ml ampoule (equivalent to K⁺ 1.5 mmol/ml, Cl⁻ 1.5 mmol/ml).</p> <p>Solution for dilution: 7.5% (equivalent to K 1 mmol/ml and Cl 1 mmol/ml) [c]; 15% (equivalent to K 2 mmol/ml and Cl 2 mmol/ml) [c].</p>
sodium chloride	Injectable solution: 0.9% isotonic (equivalent to Na ⁺ 154 mmol/L, Cl ⁻ 154 mmol/L).
sodium hydrogen carbonate	<p>Injectable solution: 1.4% isotonic (equivalent to Na⁺ 167 mmol/L, HCO₃⁻ 167 mmol/L).</p> <p>Solution: 8.4% in 10-ml ampoule (equivalent to Na⁺ 1000 mmol/L, HCO₃⁻ 1000 mmol/L).</p>
<input type="checkbox"/> sodium lactate, compound solution	Injectable solution.
26.3 Miscellaneous	
water for injection	2-ml; 5-ml; 10-ml ampoules.
27. VITAMINS AND MINERALS	
ascorbic acid	Tablet: 50 mg.
calcium	Tablet: 500 mg (elemental).
cholecalciferol* [c]	<p>Oral liquid: 400 IU/ml.</p> <p>Solid oral dosage form: 400 IU; 1000 IU.</p> <p>* Ergocalciferol can be used as an alternative.</p>
<input type="checkbox"/> ergocalciferol	<p>Oral liquid: 250 micrograms/ml (10 000 IU/ml).</p> <p>Solid oral dosage form: 1.25 mg (50 000 IU).</p>
iodine	<p>Capsule: 200 mg.</p> <p>Iodized oil: 1 ml (480 mg iodine); 0.5 ml (240 mg iodine) in ampoule (oral or injectable); 0.57 ml (308 mg iodine) in dispenser bottle.</p>
<input type="checkbox"/> nicotinamide	Tablet: 50 mg.
pyridoxine	Tablet: 25 mg (hydrochloride).

**Essential Medicines
WHO Model List**

18th edition

retinol	Capsule: 50 000 IU; 100 000 IU; 200 000 IU (as palmitate). Oral oily solution: 100 000 IU (as palmitate)/ml in multidose dispenser. Tablet (sugar-coated): 10 000 IU (as palmitate). Water-miscible injection: 100 000 IU (as palmitate) in 2-ml ampoule.
riboflavin	Tablet: 5 mg.
sodium fluoride	In any appropriate topical formulation.
thiamine	Tablet: 50 mg (hydrochloride).
<i>Complementary List</i>	
calcium gluconate	Injection: 100 mg/ml in 10-ml ampoule.
28. EAR, NOSE AND THROAT MEDICINES IN CHILDREN [c]	
acetic acid	Topical: 2%, in alcohol.
<input type="checkbox"/> budesonide	Nasal spray: 100 micrograms per dose.
<input type="checkbox"/> ciprofloxacin	Topical: 0.3% drops (as hydrochloride).
<input type="checkbox"/> xylometazoline ^[a]	Nasal spray: 0.05%. ^[a] Not in children less than 3 months.
29. SPECIFIC MEDICINES FOR NEONATAL CARE	
29.1 Medicines administered to the neonate [c]	
caffeine citrate	Injection: 20 mg/ml (equivalent to 10 mg caffeine base/ml). Oral liquid: 20 mg/ml (equivalent to 10 mg caffeine base/ml).
chlorhexidine	Solution or gel: 7.1% (digluconate) delivering 4% chlorhexidine (for umbilical cord care).
<i>Complementary List</i>	
<input type="checkbox"/> ibuprofen	Solution for injection: 5 mg/ml.
<input type="checkbox"/> prostaglandin E	Solution for injection: Prostaglandin E 1: 0.5 mg/ml in alcohol. Prostaglandin E 2: 1 mg/ml.
surfactant	Suspension for intratracheal instillation: 25 mg/ml or 80 mg/ml.
29.2 Medicines administered to the mother	
dexamethasone	Injection: 4 mg/ml dexamethasone phosphate (as disodium salt).
30. MEDICINES FOR DISEASES OF JOINTS	
30.1 Medicines used to treat gout	
allopurinol	Tablet: 100 mg.

30.2 Disease modifying agents used in rheumatoid disorders (DMARDs)	
chloroquine	Tablet: 100 mg; 150 mg (as phosphate or sulfate).
<i>Complementary List</i>	
azathioprine	Tablet: 50 mg.
hydroxychloroquine [c]	Solid oral dosage form: 200 mg (as sulfate).
methotrexate	Tablet: 2.5 mg (as sodium salt).
penicillamine	Solid oral dosage form: 250 mg.
sulfasalazine	Tablet: 500 mg.
30.3 Juvenile joint diseases [c]	
<i>Complementary List</i>	
acetylsalicylic acid* (acute or chronic use)	Suppository: 50 mg to 150 mg. Tablet: 100 mg to 500 mg. * For use for rheumatic fever, juvenile arthritis, Kawasaki disease.

Table 1: Medicines with age or weight restrictions

atazanavir	>25 kg
atropine	>3 months
benzyl benzoate	>2 years
betamethasone topical preparations	Hydrocortisone preferred in neonates
cefazolin	>1 month
ceftriaxone	>41 weeks corrected gestational age
diloxanide	>25 kg
doxycycline	>8 years (except for serious infections e.g. cholera)
efavirenz	>3 years or >10 kg
emtricitabine	>3 months
fluoxetine	>8 years
ibuprofen	>3 months (except IV form for patent <i>ductus arteriosus</i>)
mefloquine	>5 kg or >3 months
metoclopramide	Not in neonates
ondansetron	>1 month
saquinavir	>25 kg
silver sulfadiazine	>2 months
tetracaine	Not in preterm neonates
trimethoprim	>6 months
xylometazoline	>3 months

Annex 1: Explanation of dosage forms

A. Principal dosage forms used in EML - Oral administration

Term	Definition
Solid oral dosage form	<p>Refers to tablets or capsules or other solid dosage forms such as 'melts' that are immediate-release preparations. It implies that there is no difference in clinical efficacy or safety between the available dosage forms, and countries should therefore choose the form(s) to be listed depending on quality and availability.</p> <p>The term 'solid oral dosage form' is <i>never</i> intended to allow any type of modified-release tablet.</p>
Tablets	<p>Refers to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uncoated or coated (film-coated or sugar-coated) tablets that are intended to be swallowed whole; • unscored and scored*; • tablets that are intended to be chewed before being swallowed; • tablets that are intended to be dispersed or dissolved in water or another suitable liquid before being swallowed; • tablets that are intended to be crushed before being swallowed. <p>The term 'tablet' without qualification is <i>never</i> intended to allow any type of modified-release tablet.</p>
Tablets (qualified)	<p>Refers to a specific type of tablet:</p> <p>chewable - tablets that are intended to be chewed before being swallowed;</p> <p>dispersible - tablets that are intended to be dispersed in water or another suitable liquid before being swallowed;</p> <p>soluble - tablets that are intended to be dissolved in water or another suitable liquid before being swallowed;</p> <p>crushable - tablets that are intended to be crushed before being swallowed;</p> <p>scored - tablets bearing a break mark or marks where sub-division is intended in order to provide doses of less than one tablet;</p> <p>sublingual - tablets that are intended to be placed beneath the tongue.</p> <p>The term 'tablet' is <i>always</i> qualified with an additional term (in parentheses) in entries where one of the following types of tablet is intended: gastro-resistant (such tablets may sometimes be described as enteric-coated or as delayed-release), prolonged-release or another modified-release form.</p>

* Scored tablets may be divided for ease of swallowing, provided dose is a whole number of tablets.

Term	Definition
Capsules	Refers to hard or soft capsules. The term 'capsule' without qualification is <i>never</i> intended to allow any type of modified-release capsule.
Capsules (qualified)	The term 'capsule' with qualification refers to gastro-resistant (such capsules may sometimes be described as enteric-coated or as delayed-release), prolonged-release or another modified-release form.
Granules	Preparations that are issued to patient as granules to be swallowed without further preparation, to be chewed, or to be taken in or with water or another suitable liquid. The term 'granules' without further qualification is <i>never</i> intended to allow any type of modified-release granules.
Oral powder	Preparations that are issued to patient as powder (usually as single-dose) to be taken in or with water or another suitable liquid.
Oral liquid	Liquid preparations intended to be <i>swallowed</i> i.e. oral solutions, suspensions, emulsions and oral drops, including those constituted from powders or granules, but <i>not</i> those preparations intended for <i>oromucosal administration</i> e.g. gargles and mouthwashes. Oral liquids presented as powders or granules may offer benefits in the form of better stability and lower transport costs. If more than one type of oral liquid is available on the same market (e.g. solution, suspension, granules for reconstitution), they may be interchanged and in such cases should be bioequivalent. It is preferable that oral liquids do not contain sugar and that solutions for children do not contain alcohol.

B. Principal dosage forms used in EMLc - Parenteral administration

Term	Definition
Injection	Refers to solutions, suspensions and emulsions including those constituted from powders or concentrated solutions.
Injection (qualified)	Route of administration is indicated in parentheses where relevant.
Injection (oily)	The term injection is qualified by (oily) in relevant entries.
Intravenous infusion	Refers to solutions and emulsions including those constituted from powders or concentrated solutions.

C. Other dosage forms

Mode of administration	Term to be used
To the eye	Eye drops, eye ointments.
Topical	For liquids: lotions, paints. For semi-solids: cream, ointment.
Rectal	Suppositories, gel or solution.
Vaginal	Pessaries or vaginal tablets.
Inhalation	Powder for inhalation, pressurized inhalation, nebulizer.

Index

abacavir (ABC).....	15	caffeine citrate	37
acetazolamide.....	33	calamine	26
acetic acid.....	37	calcium	36
acetylcysteine	8	<i>calcium folinate</i>	21
acetylsalicylic acid	6, 20, 25, 38	calcium gluconate.....	8, 37
aciclovir	14, 32	<i>capreomycin</i>	14
albendazole.....	9	carbamazepine.....	8, 34
<i>allopurinol</i>	21, 37	<i>carboplatin</i>	21
amidotrizoate	26	cefalexin	10
<i>amikacin</i>	13	cefazolin	10
amiloride	27	cefixime	10
<i>amiodarone</i>	24	<i>cefotaxime</i>	11
amitriptyline.....	6, 34	<i>ceftazidime</i>	11
amlodipine.....	24	ceftriaxone	10
amodiaquine.....	18	charcoal, activated.....	8
amoxicillin	10	<i>chlorambucil</i>	21
amoxicillin + clavulanic acid.....	10	chloramphenicol.....	11
amphotericin B.....	14, 17	chlorhexidine	27, 37
ampicillin	10	chlorine base compound	27
anti-D immunoglobulin (human).....	31	chloroquine.....	18, 19, 38
antirabies immunoglobulin (human).....	31	chloroxylenol.....	27
antitetanus immunoglobulin (human)	31	chlorpromazine.....	34
antivenom immunoglobulin.....	31	cholecalciferol	36
artemether	18	cholera vaccine.....	31
artemether + lumefantrine	18	<i>ciclosporin</i>	20
artesunate.....	18	ciprofloxacin.....	11, 37
artesunate + amodiaquine	18	clarithromycin.....	11
artesunate + mefloquine	18	<i>clindamycin</i>	12
ascorbic acid	36	clofazimine	13
<i>asparaginase</i>	21	<i>clomifene</i>	30
atazanavir.....	16	clomipramine	35
atracurium	32	clotrimazole.....	14
atropine	5, 8, 33	cloxacillin.....	10
<i>azathioprine</i>	20, 38	<i>clozapine</i>	34
azithromycin	11, 32	<i>coagulation factor IX</i>	23
barium sulfate	26, 27	<i>coagulation factor VIII</i>	23
BCG vaccine.....	31	coal tar	26
beclometasone.....	35	codeine	6
benzathine benzylpenicillin	10	condoms	30
benznidazole	20	copper-containing device.....	30
benzoyl peroxide	26	cyclizine	6
benzyl benzoate	26	<i>cyclophosphamide</i>	21
benzylpenicillin.....	10	<i>cycloserine</i>	14
betamethasone	26	<i>cytarabine</i>	21
<i>bevacizumab</i>	33	<i>dacarbazine</i>	21
biperiden	22	<i>dactinomycin</i>	21
bisoprolol	24, 25	dapsone.....	13
<i>bleomycin</i>	21	<i>daunorubicin</i>	21
budesonide	35, 37	<i>deferoxamine</i>	8, 23
bupivacaine	5	dexamethasone	6, 7, 22, 28, 37

Essential Medicines WHO Model List

18th edition

dextran 70.....	23	gentamicin	12, 32
diaphragms.....	30	gliclazide	30
diazepam.....	6, 8, 34	glucagon.....	30
didanosine (ddI)	15	glucose.....	35
diethylcarbamazine	9	glucose with sodium chloride.....	36
digoxin.....	24, 25	glutaral	27
diloxanide	17	glyceryl trinitrate.....	24
<i>dimercaprol</i>	8	griseofulvin	14
diphtheria antitoxin	31	<i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccine.....	31
diphtheria vaccine.....	31	haloperidol	7, 34
<i>docetaxel</i>	21	halothane	5
docusate sodium.....	7	heparin sodium.....	22
<i>dopamine</i>	25	hepatitis A vaccine	31
<i>doxorubicin</i>	21	hepatitis B vaccine.....	31
doxycycline.....	12, 18, 19	<i>human normal immunoglobulin</i>	23
efavirenz (EFV or EFZ).....	16	hydralazine.....	24
efavirenz + emtricitabine + tenofovir	16	hydrochlorothiazide	24, 25, 27
eflornithine	20	hydrocortisone.....	7, 22, 26, 28, 29
emtricitabine (FTC)	15	hydroxocobalamin	22
emtricitabine + tenofovir	16	<i>hydroxycarbamide</i>	21, 23
enalapril	24, 25	<i>hydroxychloroquine</i>	38
<i>ephedrine</i>	5	hyoscine butylbromide.....	7
epinephrine (adrenaline).....	7, 24, 33, 35	hyoscine hydrobromide	7
ergocalciferol.....	36	ibuprofen	6, 20, 37
ergometrine	33	<i>ifosfamide</i>	21
erythromycin.....	12	<i>imipenem + cilastatin</i>	11
estradiol cypionate + medroxyprogesterone acetate	29	indinavir (IDV)	16
ethambutol.....	13	influenza vaccine.....	31
ethambutol + isoniazid	13	insulin injection (soluble).....	30
ethambutol + isoniazid + pyrazinamide + rifampicin.....	13	intermediate-acting insulin	30
ethambutol + isoniazid + rifampicin	13	<i>intra-peritoneal dialysis solution</i>	34
ethanol	27	iodine.....	36
ethinylestradiol + levonorgestrel	29	iohexol	26
ethinylestradiol + norethisterone	29	ipratropium bromide.....	35
<i>ethionamide</i>	14	isoflurane.....	5
<i>ethosuximide</i>	9	isoniazid.....	13
<i>etoposide</i>	21	isoniazid + pyrazinamide + rifampicin.....	13
ferrous salt	22	isoniazid + rifampicin.....	13
ferrous salt + folic acid	22	isosorbide dinitrate	24
fluconazole.....	14	ivermectin	9
flucytosine.....	14	Japanese encephalitis vaccine	31
fludrocortisone.....	29	<i>kanamycin</i>	14
fluorescein.....	26	ketamine.....	5
<i>fluorouracil</i>	21, 26	lactulose	7
fluoxetine	7, 34	lamivudine (3TC)	15
fluphenazine.....	34	lamivudine + nevirapine + stavudine	17
folic acid	22	lamivudine + nevirapine + zidovudine	17
<i>fomepizole</i>	8	lamivudine + zidovudine.....	17
fresh frozen plasma.....	23	latanoprost.....	33
furosemide.....	25, 27	levamisole	9
		levodopa + carbidopa	22
		<i>levofloxacin</i>	14

Essential Medicines WHO Model List

18th edition

levonorgestrel.....	29	omeprazole.....	27
levonorgestrel-releasing implant.....	30	ondansetron.....	7, 28
levothyroxine	30	oral rehydration salts.....	29, 35
lidocaine	5, 24	oseltamivir	17
lidocaine + epinephrine (adrenaline)	5	<i>oxamniquine</i>	10
lithium carbonate.....	34	oxygen	5
loperamide.....	7	oxytocin.....	33
lopinavir + ritonavir (LPV/r).....	16	<i>paclitaxel</i>	21
loratadine	7	<i>p-aminosalicylic acid</i>	14
lorazepam	8	<i>pancreatic enzymes</i>	27
<i>Lugol's solution</i>	30	paracetamol	6, 20
magnesium sulfate	8	paromomycin.....	17
mannitol	27	<i>pegylated interferon alpha (2a or 2b)</i>	17
measles vaccine	31	penicillamine.....	8, 38
mebendazole	9	<i>pentamidine</i>	19
medroxyprogesterone acetate	29, 30	permethrin.....	26
mefloquine	18, 19	pertussis vaccine.....	31
meglumine antimoniate	17	phenobarbital	9
<i>meglumine iotroxate</i>	27	phenoxymethylpenicillin.....	10
melarsoprol.....	20	phenytoin.....	9
meningococcal meningitis vaccine	31	phytomenadione	22
<i>mercaptopurine</i>	21	pilocarpine.....	33
<i>mesna</i>	21	platelet concentrates	23
metformin	30	pneumococcal vaccine	31
<i>methadone</i>	35	podophyllum resin.....	26
<i>methotrexate</i>	21, 38	poliomyelitis vaccine	32
methyl dopa.....	25	polyvidone iodine	27
<i>methylprednisolone</i>	22	potassium chloride.....	35, 36
methylthioninium chloride (methylene blue)	8	potassium ferric hexacyano-ferrate(II) -2H ₂ O (Prussian blue)	8
metoclopramide.....	28	<i>potassium iodide</i>	14, 30
metronidazole	12, 17	potassium permanganate.....	26
miconazole	25	praziquantel	9
midazolam	5, 7	prednisolone.....	7, 22, 32
<i>mifepristone</i>	33	primaquine	19
miltefosine	17	procaine benzylpenicillin.....	11
misoprostol.....	33	<i>procarbazine</i>	21
morphine.....	5, 6	proguanil	19
mumps vaccine	31	propofol.....	5
mupirocin.....	26	propranolol.....	20
naloxone	8	propylthiouracil.....	30
neostigmine	32	<i>prostaglandin E</i>	37
nevirapine (NVP).....	16	protamine sulfate	22, 23
niclosamide.....	9	pyrantel.....	9
nicotinamide.....	36	pyrazinamide	13
nicotine replacement therapy (NRT).....	35	<i>pyridostigmine</i>	32
nifedipine	33	pyridoxine	36
nifurtimox	20	pyrimethamine	19
nitrofurantoin.....	12	quinine	19
nitrous oxide.....	5	rabies vaccine	32
norethisterone enantate.....	29	ranitidine.....	28
nystatin	14	red blood cells.....	23
ofloxacin	32		

Essential Medicines WHO Model List

18th edition

retinol.....	37	suramin sodium.....	20
ribavirin.....	17	surfactant	37
riboflavin.....	37	suxamethonium	32
rifabutin.....	13	tamoxifen	22
rifampicin.....	13	tenofovir disoproxil fumarate	15
risperidone.....	34	terbinafine.....	26
ritonavir.....	16	testosterone	29
rotavirus vaccine.....	32	tetanus vaccine.....	32
rubella vaccine	32	tetracaine.....	32
salbutamol	35	tetracycline	32
salicylic acid.....	26	thiamine	37
saquinavir (SQV)	16	thioguanine.....	21
selenium sulfide.....	25	timolol	33
senna	7, 28	tranexamic acid	22
silver sulfadiazine.....	26	triclabendazole.....	9
simvastatin.....	25	trimethoprim.....	12
sodium calcium edetate	8	tropicamide	26
sodium chloride.....	36	tuberculin, purified protein derivative (PPD).....	31
sodium fluoride	37	typhoid vaccine	32
sodium hydrogen carbonate.....	36	urea	26
sodium lactate	36	valproic acid (sodium valproate)	9, 34
sodium nitrite	8	vancomycin	12
sodium nitroprusside.....	25	varicella vaccine	32
sodium stibogluconate.....	17	vecuronium	32
sodium thiosulfate.....	8, 25	verapamil.....	24
spectinomycin	12	vinblastine	21
spironolactone.....	25, 27	vincristine.....	21
stavudine (d4T).....	15	warfarin.....	22, 23
streptokinase	25	water for injection	36
streptomycin.....	13, 14	whole blood.....	23
succimer	8	xylometazoline.....	37
sulfadiazine	19	yellow fever vaccine	32
sulfadoxine + pyrimethamine.....	19	zidovudine (ZDV or AZT).....	15
sulfamethoxazole + trimethoprim	12, 19	zinc sulfate.....	29
sulfasalazine	28, 38		

ANEXO III:
CERTIFICADO DEL FARMACÉUTICO
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN DE LA
CALIDAD DEL ENVÍO



ANEXO I

CERTIFICADO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL ENVÍO

D./Dña.

Farmacéutico/a, con DNI/Nº de pasaporte y

Domicilio

Certifica:

- Que revisados los medicamentos que figuran en la relación adjunta, se ha evaluado que están conformes con las instrucciones establecidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre las exportaciones de medicamentos en concepto de donaciones humanitarias.
- Que entre estos medicamentos evaluados, no hay estupefacientes, psicotrópos², hemoderivados, ni termolábiles.

² En los casos excepcionales en los que el envío incluya estupefacientes o psicotrópos, deberá ser eliminada esta frase del certificado, y se acompañará del correspondiente permiso emitido por el Área de Estupefacientes del Departamento de Inspección y Control de Medicamentos.

ANEXO IV:
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE
EXPORTACIÓN EN CONCEPTO DE
DONACIONES HUMANITARIAS



ANEXO II

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE EXPORTACIÓN EN CONCEPTO DE DONACIONES HUMANITARIAS

Nota: junto a este anexo habrá que adjuntar los documentos indicados en los apartados a), b), c) y d) del punto 2.1 (página 4 de estas instrucciones) según proceda.

DESTINATARIO: Departamento de Inspección y Control de Medicamentos
(Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).

Datos del solicitante:

Nombre/ Razón social del solicitante
Forma jurídica el solicitante
Dirección
Ciudad
Código postal
Provincia
Teléfono
Fax
Correo electrónico.....

Datos de la persona de contacto del solicitante:

Nombre
Apellidos
Teléfono
Fax
Correo electrónico

Datos del farmacéutico responsable de la calidad del envío:

Nombre
DNI/ N° de pasaporte

Destino del envío:

Destinatario
País
Dirección
Ciudad
Provincia
Motivo del envío
Aduana de salida de España

Datos del envío:

Motivo del envío
Peso total bruto (Kg.)
N° de bultos o cajas

ANEXO V:
LOS DERECHOS HUMANOS

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

ANEXO VI:
COMPOSICIÓN DEL NUEVO BOTIQUÍN DE
URGENCIA 98

Capítulo 3

Composición del Nuevo Botiquín de Urgencia 98

El Nuevo Botiquín de Urgencia 98 se compone de 10 unidades de base y de una unidad suplementaria.

10 unidades de base (para personal básico de salud), destinada cada unidad a una población de 1000 personas durante 3 meses. Cada unidad contiene medicamentos, material renovable y equipo de base, empaquetado en una caja de cartón.

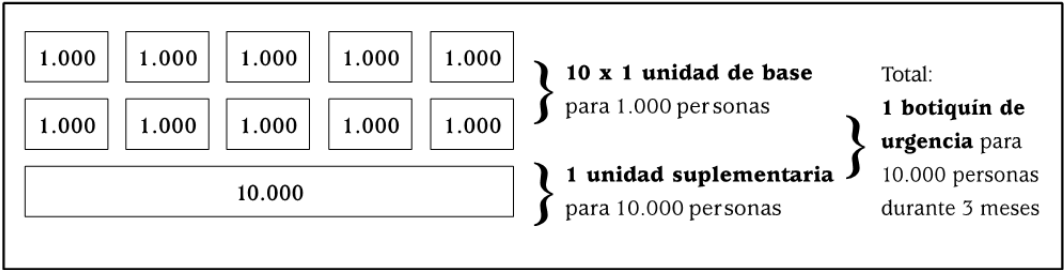
Una unidad suplementaria (para médicos y asistentes médicos, para una población de 10 000 personas durante 3 meses). Una unidad suplementaria contiene:

- medicamentos (aproximadamente 130 kg)
- perfusiones esenciales (aproximadamente 180 kg)
- material renovable (aproximadamente 60 kg)
- equipo (aproximadamente 40 kg)



Foto: IDA

NB: La unidad suplementaria no contiene ningún medicamento ni material médico de la unidad de base. Para ser operacional, la unidad suplementaria debe utilizarse con una o varias unidades de base por lo menos



Unidad de base (para 1000 personas durante 3 meses)**Medicamentos**

ácido acetilsalicílico, comp. 300 mg	comp.	3000
benzoato de bencilo, loción 25 % ⁵	frasco 1 litro	1
clorhexidina (5 %) ⁶	frasco 1 litro	1
cloroquina, comp. 150 mg de base ⁷	comp.	2000
hidróxido de aluminio, comp. 500 mg	comp.	1000
mebendazol, comp. 100 mg	comp.	500
paracetamol, comp. 100 mg	comp.	1000
SRO (sales de rehidratación oral)	sobre para 1 litro	200
sulfametoxazol + trimetoprima, comp. 400 + 80 mg (cotrimoxazol)	comp.	2000
sulfato ferroso + ácido fólico, comp. 200 + 0,25 mg	comp.	2000
tetraciclina, pomada oftálmica 1 %	tubo 5 g	50
violeta de genciana, polvo	25 g	4

Material médico renovable

algodón hidrófilo	kg	1
esparadrapo 2,5 cm x 5 m	rollo	30
barra de jabón (100–200 g)	barra	10
venda elástica 7,5 cm x 5 m	unidad	20
venda de gasa con borde 7,5 cm x 5 m	rollo	200
compresas de gasa 10 x 10 cm, 12 pliegues	unidad	500
bolígrafo, azul o negro	unidad	10
cuaderno A4, tapa dura ⁸	unidad	4

5 La OMS recomienda utilizar el benzoato de bencilo a una concentración del 25 %. No se recomienda el uso de la concentración al 90 %.

6 La solución al 5 % es la norma de la OMS. La clorhexidina al 20 % necesita agua destilada para la dilución, pues de otro modo puede precipitar. Entre otras posibilidades recomendadas figura la combinación de clorhexidina al 1,5 % y cetrimida al 15 %.

7 La dosis terapéutica de cloroquina se expresa habitualmente como miligramos de cloroquina base. Un comprimido de 150 mg de cloroquina base (utilizado corrientemente en los países anglófonos) equivale a 204 mg de sulfato de cloroquina o 241 mg de fosfato de cloroquina. Los comprimidos de 100 mg de cloroquina base (utilizados principalmente en los países francófonos) equivalen a 136 mg de sulfato de cloroquina o a 161 mg de fosfato de cloroquina. Para el NBU98 se recomiendan comprimidos de 150 mg de cloroquina base. Las directrices terapéuticas (véase el anexo 1, página 23) se expresan también en comprimidos de 150 mg de cloroquina base.

8 Se recomienda el empleo de un cuaderno para el registro de la dispensación diaria de medicamentos, junto con otro cuaderno para los datos cotidianos de morbilidad básica (véase el anexo 4).

ficha de salud + sobre de plástico ⁹	unidad	500
bolsita de plástico para comprimidos	unidad	2000
bloc de hojas de papel A6	unidad	10
termómetro, Celsius, clínico, plano	unidad	6
guante para examen, no estéril, de goma, preempolvado, desechable	unidad	100
directrices de tratamiento para la lista de base ¹⁰	unidad	2

Equipo

cepillo de uñas, de plástico, esterilizable en autoclave	unidad	2
cubo de plástico, aproximadamente 12 litros	unidad	2
bombona de acero inoxidable, 100 ml	unidad	1
riñonera, acero inoxidable, 26 x 14 cm aprox.	unidad	1
caja de curas (3 instrumentos + caja) ¹¹	unidad	2
batea de curas, acero inoxidable, 30 x 15 x 3 cm aprox.	unidad	1
bombona para gasas, con sujeciones laterales, 10 cm altura, 15 cm diám.	unidad	2
garrafa plegable, 20 litros	unidad	1
pinza de Kocher, sin dientes, 12–14 cm	unidad	2
frasco de plástico, 1 litro	unidad	3
jeringa de Luer, desechable, 10 ml	unidad	1
frasco de plástico, 125 ml	unidad	1
tijeras rectas/romas, 12–14 cm	unidad	2

Unidad suplementaria (para 10.000 personas durante 3 meses)

Medicamentos

Anestésicos

cetamina, iny. 50 mg/ml	10 ml/vial	25
lidocaína, iny. 1 % ¹²	20 ml/vial	50

⁹ Véase en el anexo 5 un ejemplo de ficha de salud.

¹⁰ Véanse ejemplos de directrices terapéuticas en los anexos 1, 2 y 3.

¹¹ Caja de curas (3 instrumentos + caja):

- 1 caja de acero inoxidable aprox. 17 x 7 x 3 cm
- 1 par de tijeras quirúrgicas, rectas/romas, 12–14 cm
- 1 pinza de Kocher, sin dientes, recta, 12–14 cm
- 1 pinza de disección sin dientes, 12–14 cm

¹² Es preferible utilizar viales de 20 ml, aunque pueden emplearse optativamente viales de 50 ml.

Analgésicos¹³		
morfina iny. 10 mg/ml ¹⁴	1 ml/ampolla	50
Recuerdo de la unidad de base:		
ácido acetilsalicílico, comp. 300 mg	(10 x 3000) 30 000	
paracetamol, comp. 100 mg	(10 x 1000) 10 000	
Antialérgicos		
hidrocortisona en polvo 100 mg	100 mg, polvo para iny. en vial	50
prednisolona, comp. 5 mg	comp.	100
epinefrina (adrenalina), véase «aparato respiratorio»		
Antídotos		
naloxona iny. 0,4 mg/l ¹⁵	1 ml/ampolla	20
Anticonvulsivantes/antiepilépticos		
diazepam, iny. 5 mg/ml	2 ml/ampolla	200
fenobarbital, comp. 50 mg	comp.	1000
Antiinfecciosos		
amoxicilina, comp. 250 mg	comp. ranurado	3000
ampicilina, iny. 500 mg/vial	vial	200
bencilpenicilina, iny. 5 millones UI/vial	vial	250
bencilpenicilina benzatina, iny. 2,4 millones UI/vial (penicilina de acción retardada)	vial	50

13 Entre otros analgésicos inyectables utilizados figuran la pentazocina y el tramadol, que se consideran inferiores y que por ello no se incluyen en la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales. Sin embargo, se reconoce que constituyen sustitutos prácticos de la morfina en las situaciones en las que no pueden enviarse opioides.

14 Habitualmente se exigen permisos de importación y exportación para el envío de morfina, pues es un medicamento sometido a control conforme a la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacentes. La pentazocina (recomendada anteriormente en el NBU), el tramadol (suministrado por algunas organizaciones humanitarias), el diazepam y el fenobarbital son ahora medicamentos sometidos a control en algunos países, a los que se aplican las medidas adicionales de control del Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas, que exigen un permiso de importación antes de autorizar el permiso de exportación. El *Modelo de directrices para el suministro internacional de medicamentos fiscalizados destinados a la atención médica de urgencia* (véase el anexo 9) está destinado a facilitar el suministro de esos medicamentos sometidos a fiscalización en situaciones de urgencia.

15 La naloxona es un antagonista de los opioides que se administra por vía intravenosa para el tratamiento de la sobredosis de opioides y para anular los efectos de las dosis terapéuticas de opioides. Se ha añadido porque el botiquín contiene morfina.

bencilpenicilina procaínica, iny. 3–4 millones UI/vial ¹⁶	vial	750
cloranfenicol cáps. 250 mg	cáps.	2000
cloranfenicol, iny. 1 g/vial	vial	500
doxiciclina, comp. 100 mg	cáps. o comp.	2000
metronidazol, comp. 250	comp.	2000
nistatina, comp. no revestido ¹⁷	100 000 UI/comp.	1000
nistatina, comp. vaginal	1000 000 UI/comp.	1000
quinina, iny. 300 mg/ml ¹⁸	2 ml/ampolla	100
quinina, sulfato, comp. 300 mg	comp.	3000
sulfadoxina + pirimetamina, comp. 500 mg + 25 mg ¹⁹	comp.	300
Recuerdo de la unidad de base:		
mebendazol, comp. 100 mg	(10 x 500)	5000
cotrimoxazol, comp. 400 + 80 mg	(10 x 2000)	20 000
cloroquina, comp. 150 mg de base	(10 x 2000)	20 000
Antianémicos		
ácido fólico, comp. 5 mg	comp.	1000
Recuerdo de la unidad de base:		
sulfato ferroso + ácido fólico, comp. 200 + 0,25	(10 x 2000)	20 000
Medicamentos del aparato cardiovascular		
metildopa, 250 mg	comp.	500
hidralazina, iny. 20 mg	ampolla	20
Medicamentos dermatológicos		
polividona yodada 10 %, sol. ²⁰	200 ml frasco	10
sulfadiazina de plata, ungüento 1 %	50 g tubo	30
ácido benzoico 6 % + ácido salicílico 3 %, pomada	40 g tubo	25

16 La combinación de bencilpenicilina procaínica 3 millones UI y bencilpenicilina 1 millón UI (penicilina procaínica fortificada) se utiliza en muchos países y puede incluirse como opción.

17 Para el tratamiento de la candidiasis oral; puede ser sustituido por una cantidad equivalente de nistatina en suspensión.

18 Para el tratamiento de las formas de paludismo cerebral y resistente. La inyección intravenosa de quinina debe siempre diluirse en 500 ml de glucosa al 5 %.

19 Para el tratamiento de las formas resistentes de paludismo (verifíquense los protocolos nacionales).

20 Se ha seleccionado la polividona yodada porque el uso de la tintura de yodo en climas cálidos puede provocar reacciones al yodo a causa del aumento de la concentración por evaporación parcial del alcohol.

Recuerdo de la unidad de base:		
tetraciclina, pomada oftálmica, 1 %	(10 x 50)	500
violeta de genciana, polvo 25 g	(10 x 4)	40
benzoato de bencilo, loción 25 %, litro	(10 x 1)	10
Diuréticos		
furosemida, iny. 10 mg/ml	2 ml/ampolla	20
hidroclorotiazida, tab. 25 mg	comp.	200
Medicamentos del aparato gastrointestinal		
prometazina, comp. 25 mg	comp.	500
prometazina, iny. 25 mg/ml	2 ml/ampolla	50
atropina, iny. 1 mg/ml	1 ml/ampolla	50
Recuerdo de la unidad de base		
hidróxido de aluminio, comp. 500 mg	(10 x 1.000)	10.000
Anticonceptivos de urgencia²¹		
etinilestradiol 50 microgramos + levonorgestrel 250 microgramos ²²	(envase de 4)	100
Oxitócicos		
oxitocina iny. 10 UI/ml ²³	1 ml/ampolla	200
Medicamentos psicoterapéuticos		
clorpromazina, iny. 25 mg/ml	2 ml/ampolla	20
Medicamentos del aparato respiratorio		
salbutamol, comp. 4 mg	comp.	1000
aminofilina, iny. 25 mg/ml	10 ml/ampolla	50
epinefrina (adrenalina), iny. 1 mg/ml	1 ml/ampolla	50

21 Se incluye en el botiquín una pequeña cantidad de anticonceptivos de urgencia para las víctimas de violaciones. Se reconoce que las creencias culturales y religiosas pueden impedir a algunas mujeres y profesionales de la atención de salud que utilicen este tratamiento. Se recomienda firmemente que el personal de salud asista a la víctima en toda la medida de lo posible para que llegue a una decisión informada.

22 Las mujeres que busquen ayuda en las primeras 72 horas después de la violación y que deseen utilizar la anticoncepción de urgencia para evitar el embarazo deben tomar dos comprimidos de etinilestradiol 50 microgramos + levonorgestrel 250 microgramos, seguidos de dos comprimidos más a las 12 horas.

23 Para el tratamiento y prevención de la hemorragia postparto.

Soluciones destinadas a corregir las perturbaciones del equilibrio hídrico, electrolítico y acidobásico²⁴

solución de lactato de sodio compuesta

(lactato de Ringer), sol. iny.,

con aguja y equipo de perfusión

500 ml/bolsa

200

glucosa, iny. sol. 5 %, con aguja y equipo de perfusión²⁵

500 ml/bolsa

100

glucosa, sol. iny. 50 %

50 ml/vial

20

agua para inyección

100 ml/vial de plástico

2000

Recuerdo de la unidad de base:

sales de rehidratación oral

(10 x 200) 2000

Vitaminas

retinol (vitamina A), comp. 200 000 UI

cáps.

4000

ácido ascórbico, comp. 250 mg

comp.

4000

Material médico renovable

aguja de Luer IV, desechable, 19G (diám. 1,1 mm x 38 mm)

unidad

1000

aguja de Luer IM, desechable, 21G (diám. 0,8 mm x 40 mm)

unidad

2000

aguja de Luer SC, desechable, 25G (diám. 0,5 mm x 16 mm)

unidad

100

aguja para punción lumbar, desechable, 22G

(diám. 0,7 x 40 mm) negra

unidad

25

aguja para punción lumbar, desechable, 20G

(diám. 0,9 x 90 mm) amarilla

unidad

25

catéter corto IV, desechable, 18G (diám. 1,3 mm)

unidad

15

catéter corto IV, desechable, 22G (diám. 0,8 mm)

unidad

15

catéter corto IV, desechable, 24G (diám. 0,7 mm)

unidad

15

catéter urinario (Foley), N° 12, desechable

unidad

10

catéter urinario (Foley), N° 14, desechable

unidad

5

catéter urinario (Foley), N° 18, desechable

unidad

5

equipo de perfusión para vena del cuero cabelludo,

desechable, 25G (diám. 0,5 mm)

unidad

300

equipo de perfusión para vena del cuero cabelludo,

desechable, 21G (diám. 0,8 mm)

unidad

100

guantes quirúrgicos estériles y reesterizables N° 6,5

par

50

24 A causa del peso, la cantidad de perfusiones incluidas en el botiquín es mínima. Se recomienda buscar un proveedor local, una vez instalados en el lugar de destino.

25 Glucosa 5 %, bolsa de 500 ml para la dilución de la quinina inyectable.

guantes quirúrgicos estériles y reesterizables N° 7,5	par	150
guantes quirúrgicos estériles y reesterizables N° 8,5	par	50
jeringa de Luer reesterizable, nilón, 2 ml (diám. 0,9 x 90 mm) ²⁶	unidad	20
jeringa de Luer reesterizable, nilón, 5 ml	unidad	100
jeringa de Luer reesterizable, nilón, 10 ml	unidad	40
jeringa de Luer, desechable, 2 ml ²⁶	unidad	400
jeringa de Luer, desechable, 5 ml	unidad	500
jeringa de Luer, desechable, 10 ml	unidad	200
jeringa de Luer de conexión cónica (para alimentación), 60 ml	unidad	20
sonda nasogástrica, CH5 ó 6 (prematuros), punta de Luer, 40 cm, desechable	unidad	20
sonda nasogástrica, CH8, punta de Luer, 40 cm, desechable	unidad	50
sonda nasogástrica, CH16, punta cónica, 125 cm, desechable	unidad	10
caja de seguridad para la eliminación de las agujas y jeringas usadas 5L ²⁷	unidad	20
Recuerdo de la unidad de base:		
guantes para examen, no estériles, desechables	(100 unidades x 10)	1000
cinta adhesiva para la esterilización (para autoclave)	rollo	2
dicloroisocianurato de sodio (NaDCC) comp. 1,67 g	comp.	1200
termómetro, Celsius, clínico, tipo plano	unidad	10
bombilla de repuesto para otoscopio	unidad	4
pilas R6 alcalinas de tamaño AA (para otoscopio)	unidad	12
Recuerdo de la unidad de base:		
termómetro, Celsius, clínico, tipo plano	(6 unidades x 10)	60
bolígrafos	(10 unidades x 10)	100
cuaderno de tapa rígida	(4 unidades x 10)	40
ficha de salud + sobre de plástico	(500 unidades x 10)	5000
bolsita de plástico para comprimidos	(2000 unidades x 10)	20 000
bloc de hojas de papel (A6)	(10 unidades x 10)	100
bolsa de recogida de orina con válvula, 2.000 ml	unidad	10
guantes para examen, goma, no estériles, tamaño grande	unidad	100

26 Existe una creciente aceptación internacional en favor del uso de jeringas y agujas desechables, siendo probable que las jeringas reesterilizables sean abandonadas en el futuro. Las jeringas desechables deben ser sustituidas por jeringas autodestruíbles de un solo uso tan pronto como se hallen comercialmente disponibles productos de valor práctico probado.

27 Caja normalizada E10/IC2, OMS/UNICEF: las cajas deben estar bien señaladas.

guantes para examen, goma, no estériles, tamaño medio	unidad	100
guantes para examen, goma, no estériles, tamaño pequeño	unidad	100
extractor de moco, desechable	unidad	5
sutura sintética absorbible, tensada, talla métrica 70 cm		
DEC. 3 (USP 00), con aguja curva 3/8, 30 mm	(4 x 36 unidades)	144
hoja de bisturí (bisturís quirúrgicos) N° 22 para mango N° 4	unidad	50
cinta umbilical no estéril, 3 mm de ancho x rollo de 100 m	unidad	1
hoja de afeitar	unidad	100
depresor de lengua (de madera, desechable)	unidad	100
rollo de gasa 90 mm x 0,90 m	rollos	3
compresas de gasa, 10 x 10 cm, 12 pliegues, estériles	unidad	1000

Recuerdo de la unidad de base:

algodón hidrófilo	(1 kg x 10)	10
esparadrapo 2,5 cm x 5 cm	(30 rollos x 10)	300
barra de jabón (100–200 g/barra)	(10 barras x 10)	100
venda elástica, 7,5 cm x 5 m	(20 unidades x 10)	200
venda de gasa con borde, 7,5 x 5 m	(200 rollos x 10)	2000
compresas de gasa 10 x 10 cm, 12 pliegues, no estériles	(500 unidades x 10)	5000

Equipo

delantal corriente, de plástico, reutilizable	unidad	2
estetoscopio de uso clínico, doble campana	unidad	4
estetoscopio obstétrico (metálico)	unidad	1
protector, de plástico, PVC claro, 90 cm x 180 cm	unidad	2
tensiómetro (adulto)	unidad	4
cuchilla de afeitar no desechable	unidad	2
báscula para adulto	unidad	1
báscula para niños, 25 kg x 100 g (tipo Salter) + pantalonetas	unidad	3
cinta métrica (cm/mm)	unidad	5
cinta métrica, perímetro braquial medio	unidad	10
toalla HUCK, 430 mm x 500 mm	unidad	2
bombona de gasas, con sujeciones laterales, altura 10 cm, diám. 15 cm	unidad	2

Recuerdo de la unidad de base:

bombona de gasas, con sujeciones laterales, altura 15 cm, diám. 15 cm	(2 unidades x 10)	20
---	-------------------	----

otoscopio + juego de espéculos pediátricos reutilizables	unidad	2
torniquete	unidad	2
batea de curas, acero inoxidable, aproximadamente 30 x 20 x 3 cm	unidad	1
riñonera, acero inoxidable, aproximadamente 26 x 14 cm	unidad	2
tijeras rectas/romas, 12/14 cm	unidad	2
pinza de Kocher sin dientes, 12/14 cm	unidad	2
Recuerdo de la unidad de base:		
riñonera, acero inoxidable, aproximadamente 26 x 14 cm	(1 unidad x 10)	10
bombona de acero inoxidable, 100 ml	(1 unidad x 10)	10
batea de curas, acero inoxidable, aproximadamente 30 x 20 x 3 cm	(1 unidad x 10)	10
tijeras rectas/romas, 12-14 cm	(2 unidades x 10)	20
pinza de Kocher sin dientes, 12-14 cm	(2 unidades x 10)	20
conjunto para abscesos/suturas (7 instrumentos + caja) ²⁸	unidad	2
conjunto para curas (3 instrumentos + caja) ²⁹	unidad	5
conjunto para partos ³⁰	unidad	1
Recuerdo de la unidad de base:		
conjunto para curas (3 instrumentos + caja)	(2 unidades x 10)	20

28 Debe reservarse un conjunto para suturas destinado a reparar los desgarros vaginales postparto.

Conjunto para abscesos/suturas (7 instrumentos + caja):

- 1 caja de acero inoxidable aprox. 20 x 10 x 5 cm
- 1 pinza de disección con dientes, 12-14 cm
- 1 pinza de Kocher, con dientes, recta, 12-14 cm
- 1 pinza de Pean, recta, 12-14 cm
- 1 par de tijeras quirúrgicas, rectas/romas, 12-14 cm
- 1 estilete, 12-14 cm
- 1 portaagujas de Mayo-Hegar, 18 cm
- 1 mango de bisturí N° 4

29 Conjunto para curas (3 instrumentos + caja):

- 1 caja de acero inoxidable aprox. 17 x 7 x 3
- 1 par de tijeras quirúrgicas, rectas/romas, 12-14 cm
- 1 pinza de Kocher, sin dientes, recta, 12-14 cm
- 1 pinza de disección sin dientes, 12-14 cm

30 Conjunto para partos (3 instrumentos + caja):

- 1 caja de acero inoxidable aprox. 20 x 7 x 3 cm
- 1 tijeras rectas 14-15 cm B/B SS
- 1 tijeras de disección rectas de Mayo 16-18 cm SS
- 1 pinzas hemostáticas rectas de Rochester Pean 15-17 cm SS

autoclave, 15 litros (tipo: Prestige 7503, doble bandeja)	unidad	1
autoclave, 21 litros, con cesto	unidad	1
hornillo de queroseno, un quemador, capacidad del depósito 1–2 litros (tipo UNICEF 017.0000)	unidad	2
filtro para agua, de bujías, 10/20 litros (tipo UNICEF 561.9902)	unidad	3
cepillo de uñas, de plástico, esterilizable en autoclave	unidad	2
Recuerdo de la unidad de base:		
<i>frasco de plástico, 1 litro</i>	<i>(3 unidades x 10)</i>	<i>30</i>
<i>frasco de plástico, 125 ml</i>	<i>(1 unidad x 10)</i>	<i>10</i>
<i>jeringa de Luer, desechable, 10 ml</i>	<i>(1 unidad x 10)</i>	<i>10</i>
<i>cepillo de plástico para uñas, esterilizable en autoclave</i>	<i>(2 unidades x 10)</i>	<i>20</i>
<i>cubo de plástico, aprox. 20 litros</i>	<i>(2 unidades x 10)</i>	<i>20</i>
<i>garrafa plegable, 20 litros</i>	<i>(1 unidad x 10)</i>	<i>10</i>
Guía clínica de MSF (manual de diagnóstico y tratamiento) ³¹	unidad	2

³¹ La *Guía clínica y terapéutica* puede obtenerse a precio de coste en inglés, francés y español dirigiéndose a Médicos sin Fronteras.

Summary in English /
Resumen en inglés

**Title: THE DONATION OF MEDICINES: SOCIAL IMPLICATIONS, SANITARY
ANS PHARMACEUTICAL IN PARTICULAR.**

INTRODUCTION

The majority of what today we know today like international health does not have more than 60 years and the only that know regarding the next 60 years, is that there will produce changes even more transcendental that they become until the day of today, that our scientific knowledge and our modalities of interaction in the international field will experience changes in this field that will surpass all the imaginable.

At present the international activities of development are centering, among others, in amending the lack of results obtained on a long term basis in countries whose normative and institutional surroundings suffers from of chronic insecurity.

So much the World Health Organization (WHO), like the World Bank, the Bottom of the Nations joined for the Infancy (UNICEF) and diverse bilateral organisms at the beginning concentrated their efforts in the strengthening of public sectors, ignoring the questions related with the collaboration between public and private entities and the need to improve the quality of the services that the poor population purchased of private providers.

The international community sets up of way almost immediate means to send aid and humanitarian assistance that smother the first cries of the emergency. But this is only the beginning of international activity; the hardest work is the one who develops to continuation, the help to the development.

OBJECTIVES

The objectives of our study have been directed, in the first place to expose the situation of humanitarian action from a sanitary point of view. Secondly, to carry out an analysis of the frameworks of intervention and guidelines promulgated both internationally and nationally, making a more specific analysis by the autonomous communities. Thirdly, to the study of the social, sanitary and pharmaceutical incidence in particular that this issue causes in the international community.

RESULTS

Currently the Spanish Cooperation since the first Master Plan for the years 2001-2004 has gone modifying his strategies of intervention organizing them in function of a series of priorities, horizontals and sectorial; and geographic.

- Horizontal priorities, among which are:

- The fight against the poverty.
- Answer to humanitarian crises with quality.
- Promote the rights of women and gender equality.

- Sectorial priorities, among which are:

- Boost systems of social cohesion, emphasizing the basic social services.
- Reduce the inequalities and the vulnerability to the extreme poverty and to the crises.
- Build a global citizenship engaged with the development.

- Geographic priorities:

YEARS	GEOGRAPHIC PRIORITIES:
2001-2004	LATIN AMERICA, MAGHREB, MIDDLE EAST, SUBSAHARIAN AFRICA, ASIA, CENTRAL AND ORIENTAL EUROPE
2005-2008	LATIN AMERICA, MAGHREB, MIDDLE EAST AND NEXT, SUBSAHARIAN AFRICA, ASIA AND PACIFIC, CENTRAL AND ORIENTAL EUROPE
2009-2012	LATIN AMERICA, MAGHREB, MIDDLE EAST AND NEXT, SUBSAHARIAN AFRICA, ASIA AND PACIFIC
2013-2016	LATIN AMERICA AND CARIBBEAN, NORTH AFRICA AND MIDDLE EAST, SUB-SAHARAN WEST AFRICA, CENTRAL AFRICA, ORIENTAL AND AUSTRAL, ASIA

Also from Spain and from the pharmaceutical sector especially has contributed with concrete actions or combined for the donation of medicines, like this for example:

YEARS	TYPE OF COMPANY / INSTITUTION	ACTIONS
2004-2010	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance.
2006-2015	Pharmaceutical industry	Sanitary assistance and fight against the poverty.
2007	Pharmaceutical industry	Sanitary assistance.
	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance and fight against the poverty.
	Private Foundations	Sanitary assistance and fight against the poverty.
2007-2008	Pharmaceutical industry	Sanitary assistance.
2008	State agencies	Sanitary assistance and fight against the poverty.
	Private Foundations	Natural disaster.
2009	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance and fight against the poverty.
	Pharmaceutical ONG	Medicines donations and sanitary material. Sanitary assistance and fight against the poverty.
	Pharmaceutical industry	Sanitary assistance and fight against the poverty.
2010	Pharmaceutical industry	Medicines donations and fight against the poverty.
	Pharmaceutical industry	Medicines donations.
	Pharmaceutical industry	Money and medicines donations.
	Officials Schools of pharmaceuticals	Sanitary assistance and fight against the poverty.
	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance and medicines donations.
	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance and medicines donations.

2011	Private Entity	Sanitary assistance and medicines donations.
	Pharmaceutical industry	Sanitary assistance and medicines donations.
2012	Pharmaceutical industry	Money and medicines donations.
	Pharmaceutical industry	Medicines donations.
2013	Pharmaceutical industry	Medicines donations.
	State agencies	Medicines donations.
	Pharmaceutical ONG	Medicines donations.
	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance and medicines donations.
2014	Pharmaceutical ONG	Sanitary assistance and medicines donations.

CONCLUSIONS

1. In spite of all the technical progresses and efforts up to now deployed must have clear responsibility and involvement regarding the donation of drugs are collective processes requiring active participation of governments, as different governmental and nongovernmental organizations and of the civil population and require more active participation of sanitary professionals and in particular pharmacists so much in the systematic way to tackle the problems as in the decision of the consequences, because the lives of millions of people depends on it.

2. If the World Health Organization was that drove the development of health care for the first time global through implemented strategies underway since 1977 on selection of essential medicines for humanitarian aid have been the United Nations at the Millennium Summit of 2000 which have referred, between the objectives of the Millennium Development, the option of promoting a global Alliance for development to make possible by the year 2015 a global access of essential medicines to countries in development at affordable prices and with the cooperation of pharmaceutical companies and private sectors.

3. The intervention of the Kingdom of Spain in the development cooperation was not possible until the year 1981, when they ceased to be considered as humanitarian aid receiving country to follow the European framework, starting in the 1980s of the last century different actions of international development cooperation that have been consolidated with the enactment of the law 23/1998, 7 July and the different measures taken in the autonomous since the early 1990s. If it is true that Spain has suffered a cut between 2009 and 2014, amounting to 90%, from 465 million Euros to less than 50.

4. Humanitarian actions carried out on behalf of public health, and in particular the medicines donations and the development cooperation, require respect for human rights and a legal framework specifically to carry them out, involving both poor countries to those who suffer from wars, that have suffered natural disasters, famines, human crisis due to pandemics, those who suffer from lack of access to essential medicines and even today in day to those who support an economic crisis.

5. The donation of medicines, in order to achieve effective, requires that a series of professional conduct and ethical standards are met such as guidelines on pharmaceutical donations and the principles of good practice of the humanitarian donation by public administrations as well as the codes of conduct by the organizations non-governmental and the principles of Corporate Social responsibility by the pharmaceutical sector.

